

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR
VALENTINE ANCIAUX

ÉTUDE DES CROYANCES DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX À
L'ÉGARD DU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ

MAI 2007

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Malgré la forte prévalence du TDA/H et les risques d'adaptation psychosociale et scolaire qu'il présente, les intervenants psychosociaux se sentent démunis pour y faire face (Cipkala-Gaffin, 1998) et possèdent généralement une faible connaissance du TDAH ainsi que des interventions à privilégier pour aider ces enfants (MEQ-MSSS, 2000). Cohen et al. (1999) révèlent un écart important entre les pratiques identifiées comme exemplaires et celles qui sont utilisées régulièrement dans les classes. Cette situation serait en partie attribuable aux croyances des intervenants (Bender et al., 1995) et à leurs connaissances parfois insuffisantes et souvent incorrectes par rapport à ce problème (Jerome et al., 1994). Dans une étude menée au Québec en 2000-2001, Couture et al. (2003) observent que plusieurs enseignants ont des croyances et des valeurs qui vont à l'encontre des stratégies recommandées et refusent de les appliquer dans leur classe. Ces croyances sont principalement fondées sur les causes attribuées au TDAH. Nous savons toutefois peu de choses sur les croyances des intervenants psychosociaux du Québec. La présente recherche vise à palier à cette lacune. Sachant que les croyances des intervenants influencent le choix des pratiques utilisées et qu'on relève un écart entre les pratiques recommandées et celles utilisées sur le terrain, il s'avère pertinent de mieux cerner les croyances des intervenants psychosociaux. Ces connaissances donneront des pistes pour orienter les formations afin de modifier éventuellement les croyances erronées ou les pratiques non appropriées. Deux questionnaires ont été administrés à 211 intervenants psychosociaux provenant des milieux scolaires et de la santé et des services sociaux de la région Mauricie-Centre-du-Québec. Le premier est la version française du Attention Deficit Hyperactivity Disorder Orientation Scale ADHDOS de Bilton (1996), traduit par Couture, 2002) qui porte sur les catégories de croyances au sujet du TDAH. Bilton a mis au point un modèle concernant les croyances à propos du TDAH qui comporte cinq catégories: morale éthique, médicale allopathique, politique-cognitive, socioculturelle et médicale alternative. Le second est une traduction française du questionnaire *Survey of ADHD* réalisée par Jerome, Gordon & Hustler (1994). Ce questionnaire permet d'établir le nombre d'année d'expérience professionnelle de l'intervenant, le type de profession, la clientèle rencontrée, le niveau de scolarité, la formation reçue sur le TDAH, les livres et articles lus à ce propos, ainsi que sur la collaboration avec le médecin de famille de l'enfant TDAH.

Les résultats montrent que le type de croyance prédominant est le type de croyances médicales allopathiques et les croyances les moins préconisées relèvent de l'ordre moral éthique. Les résultats des différentes analyses de variances univariées montrent entre autres que les croyances varient selon la profession, le niveau de scolarité, le type de contact entretenu avec les médecins et le nombre de fois impliqué dans le diagnostic d'un jeune ayant un TDAH. Ils donnent un portrait rassurant des croyances des intervenants psychosociaux. Cependant, il est important d'uniformiser le niveau de connaissances pour toutes les professions, et tous les niveaux de scolarité afin que les

interventions soient basées sur un modèle théorique fiable assurant une prise en charge cohérente de cette clientèle.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction	1
Contexte théorique	5
Définition et description du trouble	6
Épidémiologie	12
Troubles associés et comorbidités.....	13
Hypothèses étiologiques.....	14
Hypothèses neurobiologiques	15
Hypothèses neurochimiques	15
Hypothèse génétique	16
Hypothèse des dysfonctions exécutives	17
Hypothèses bio-environnementales	18
Facteurs diététiques.....	18
Empoisonnement au plomb.....	18
Consommation d'alcool/tabac/toxicomanie.....	19
Facteurs psychosociaux.....	19
Interventions recommandées et rôles des intervenants psychosociaux.....	22
Interventions.....	22
Les médications.....	23
Les interventions comportementales et les stratégies éducatives	23
Les interventions cognitivo-comportementales	24

Les programmes adressés aux parents d'enfant TDAH.....	25
Les traitements controversés	25
Rôles des intervenants psychosociaux	26
L'enseignant.....	27
La direction d'école.....	27
L'orthopédagogue	27
Le psychoéducateur.....	28
Le psychologue	28
L'éducateur spécialisé.....	29
L'infirmière.....	30
Le médecin.....	30
Le travailleur social.....	31
Les croyances à propos du TDAH	31
Morales-éthiques.....	32
Médicales-allopathiques.....	33
Socioculturelles.....	33
Médicales-alternatives.....	34
Cognitives-politiques	35
Objectifs poursuivis	38
Questions de recherche	39
 Méthode.....	 41
Devis de recherche	42
Participants.....	42
Instruments.....	48
Procédure.....	49
 Résultats	 51
Analyse des données	52

Présentation des résultats	53
Type de croyance prédominant	53
Formation au TDA/H après la formation principale	61
Expérience professionnelle, milieu de travail, sexe, livres et articles lus	61
Profession	62
Niveau de scolarité	64
Contacts entretenus avec les médecins	66
Nombre de fois impliquées dans le diagnostic	68
Discussion	70
Description des croyances	71
Variation des croyances selon diverses variables	74
Limites et retombées possibles de l'étude	75
Conclusion	79
Références	84
Appendices	91
Appendice A : Questionnaire <i>Survey of ADHD</i>	92
Appendice B : Questionnaire ADHDS	95
Appendice C : Lettre d'information aux participants	98
Appendice D : Formulaire de consentement	101

Liste des tableaux

Tableau

1	Critères du diagnostic du TDAH	11
2	Facteurs de risque et de protection liés au TDAH	21
3	Fréquence des différentes professions	44
4	Description des répondants selon leurs années d'expérience, le milieu de travail, la population rencontrée et le niveau de scolarité	45
5	Description des connaissances des intervenants par rapport au TDAH selon leur formation initiale et continue à ce sujet, le nombre de livres et d'articles lus.	47
6	Moyennes et écart types des différents types de croyances	55
7	Énoncés des questions auxquelles les répondants sont en désaccord à plus de 80%	58
8	Énoncés des questions auxquelles les répondants sont en accord à 80%	59
9	Énoncés des questions auxquelles entre 40% à 60% des répondants sont en accord	60
10	Moyennes et écarts types selon les analyses à posteriori de Hochberg des différentes professions pour chaque catégorie de croyance	63
11	Moyennes et écarts types des niveaux de scolarité pour chaque catégorie de croyance	65
12	Moyennes et écarts types des contacts écrits par les médecins selon les analyses à posteriori de Hochberg pour la catégorie de croyance médicale allopathique.....	67
13	Moyennes et écarts types selon les analyses à posteriori de Hochberg du nombre de fois impliqué dans le diagnostic pour les catégories de croyance médicales allopathiques et médicales alternatives	69

Remerciements

Je tiens à remercier du fond du cœur ma directrice Line Massé pour tout ce qu'elle m'a appris durant ma maîtrise tant à titre personnel qu'à titre professionnel. Je suis également reconnaissante à ma co-directrice Caroline Couture pour ses commentaires pertinents et l'attention minutieuse qu'elle a porté tout au long du processus de ce mémoire ainsi qu'à Suzie Mc Kinnon pour son soutien et sa disponibilité lors de mes analyses statistiques. Merci à Danielle Leclerc d'avoir répondu à mes questions au moment de l'analyse de mes résultats. Merci à Mélanie Tessier pour son aide et son soutien dans les derniers moments de rédaction de ce mémoire. Merci à Karla Preza pour son soutien moral précieux et motivant.

Introduction

Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH) est le diagnostic psychiatrique le plus répandu chez les enfants nord-américains. En effet, 3 à 7 % de la population d'âge scolaire serait diagnostiqué comme tel (APA, 2003). Outre sa forte prévalence, ce trouble est souvent associé à des problèmes d'adaptation scolaire ou psychosociale chez les enfants. Massé, Lanaris et Couture (2006) rapportent qu'à l'école, ces enfants ont de la difficulté à se mettre au travail, à soutenir leur attention, à s'organiser, à persévérer et à soutenir un effort lors de difficultés ou lorsque des règles et des consignes sont à suivre, ce qui pourrait entraîner chez ces élèves des difficultés d'apprentissage, un rendement scolaire plus faible que celui attendu, des retraits fréquents de la classe et un risque élevé d'échec scolaire. Quant à l'adaptation psychosociale, plusieurs difficultés sont associées au TDAH : la mésestime de soi, le retrait ou le rejet social, un risque plus élevé de toxicomanie à l'adolescence, des symptômes dépressifs, de l'anxiété et des comportements perturbateurs (Collège des médecins du Québec & Ordre des psychologues, 2001; Green et al., 1998; Massé, 1999).

Malgré les risques d'adaptation psychosociale et scolaire associés au TDAH et la forte représentation de cette clientèle au sein des services de la santé et des services sociaux et des services d'adaptation scolaire, les enseignants et les intervenants psychosociaux se sentent démunis pour y faire face (Cipkala-Gaffin, 1998) et possèdent généralement une faible connaissance du TDAH ainsi que des interventions à privilégier

pour aider ces enfants (MEQ & MSSS, 2000). Cohen, Clapperton, Gref et Tremblay (1999) révèlent un écart important entre les pratiques identifiées comme exemplaires et celles qui sont utilisées régulièrement dans les classes. Cette situation serait en partie attribuable aux croyances des intervenants (Bender, Vail, & Scott, 1995) et à leurs connaissances parfois insuffisantes et souvent incorrectes par rapport à ce problème (Jerome, Gordon, & Hustler 1994).

Dans une étude menée au Québec en 2000-2001, Couture, Royer, Potvin et Dupuis (2003) observent que plusieurs enseignants ont des croyances et des valeurs qui vont à l'encontre des stratégies recommandées et refusent de les appliquer dans leur classe. Toutefois, peu de choses sont connues sur les croyances des intervenants psychosociaux du Québec. Quoique certaines recherches sont retrouvées dans les écrits sur les croyances des parents ou des enseignants à l'égard du TDAH, nous n'avons retracé aucune recherche réalisée spécifiquement au sujet des croyances des intervenants psychosociaux. La présente recherche vise à palier cette lacune. Les croyances semblent influencer les pratiques utilisées par les intervenants psychosociaux. Étant donné que l'on relève un écart entre les pratiques recommandées et celles utilisées par les intervenants, il s'avère pertinent de mieux cerner les croyances afin de donner des pistes pour orienter les formations. Cela dans le but de modifier éventuellement les croyances erronées ou les pratiques non appropriées.

Cette recherche s'inscrit dans une étude en cours plus large menée par Massé, Lanaris et Couture dont l'objet est de cerner les croyances et les pratiques des intervenants psychosociaux à propos du TDAH, ainsi que l'évaluation de l'impact différentiel de deux modalités de formations pour ces derniers. Ce mémoire présente dans un premier temps la problématique, ensuite le développement de la méthode utilisée suivi de la présentation et de la discussion des résultats. Enfin, nous terminons en faisant ressortir les principales conclusions qui se dégagent de l'étude, en ciblant ses limites et en identifiant des pistes pour des recherches ultérieures.

Contexte théorique

Ce chapitre comprend une synthèse des principales connaissances à propos du TDAH, soit la description du trouble, son épidémiologie, les problèmes qui y sont associés, les hypothèses étiologiques du TDAH et les interventions recommandées. Il est clôturé avec les croyances à propos du TDAH. Cela permettra de bien distinguer quelles sont les croyances à propos du TDAH qui sont fondées et celles qui sont non fondées.

Définition et description du trouble

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) s'avère être le motif le plus fréquent de consultation en psychopathologie infantile (Dulcan & Benson, 1997). Dans le DSM-IV-TR (APA, 2000), le TDAH est défini comme un « mode persistant d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité plus fréquent et plus sévère que ce qu'on observe habituellement chez des sujets d'un niveau de développement similaire ». Le TDAH est donc composé de trois dimensions : le manque d'attention, l'impulsivité et l'hyperactivité.

Avant de décrire de façon spécifique les difficultés d'attention liées au TDAH, il importe de définir l'attention. L'attention est définie comme un mécanisme cognitif qui permet le traitement et la gestion de l'information (Gagné, 1996). L'attention permet

entre autres, de sélectionner l'information pertinente et d'en mettre d'autres de côté en fonction des buts et des motivations de l'individu. Le terme attention n'a pas une définition unique, mais relève plutôt d'un concept. Massé, Lanaris et Couture (2006) décrivent quatre types d'attention, deux de ces types sont associés au mécanisme de sélectivité des données (l'attention dirigée et l'attention partagée) et les deux autres à l'intensité ou à la qualité de l'attention (la vigilance et l'attention soutenue). *L'attention dirigée* (aussi appelée attention sélective ou focalisée) consiste à se concentrer uniquement sur des stimuli spécifiques sans se laisser distraire par des messages simultanés non pertinents provenant d'autres sources. *L'attention partagée* (ou divisée) désigne la capacité de traiter simultanément de multiples messages ou d'effectuer plus d'une tâche à la fois. *La vigilance*, c'est une ouverture sensorielle sur l'environnement externe qui permet de reconnaître, parmi l'ensemble des stimuli, un certain type de stimulus désiré. *L'attention soutenue* (ou maintenue) représente la capacité à soutenir l'état d'éveil afin de traiter en priorité les informations importantes. Ce type d'attention est lié à l'attention dirigée puisqu'il permet, une fois l'attention centrée, de soutenir celle-ci pour une période de 15 à 30 minutes.

Les personnes présentant un déficit d'attention ont de la difficulté à se mettre au travail, à s'organiser, à soutenir leur attention ou à maintenir leur concentration, à centrer leur énergie sur une tâche, à faire deux choses à la fois (donc à partager leur attention), à s'ajuster en cours d'action et à suivre des règles et des consignes. Ils souffrent tant de distractivité interne (rêveries, pensées, etc.) qu'externe (distracteurs

provenant de l'extérieur). De plus, ils ont une mémoire de travail inefficace et une mauvaise perception du temps et de l'espace.

L'impulsivité, quant à elle, peut être cognitive ou comportementale. Dans les deux cas, il s'agit d'une difficulté à inhiber les réponses spontanées. *L'impulsivité cognitive* est caractérisée par la difficulté à évaluer différentes réponses possibles en situation de résolution de problème. En effet, cela requiert l'analyse simultanée de plusieurs solutions possibles. Les enfants impulsifs au niveau cognitif répondent sans attendre la fin de la consigne, ils ne sont pas capables de suivre des étapes pour résoudre une situation problématique. Ces enfants agissent sans penser aux conséquences de leurs actes. L'impulsivité cognitive apparaît davantage lorsque l'enfant fait face à de l'incertitude ou quand la bonne réponse est difficile à trouver. L'impulsivité comportementale correspond à l'incapacité de corriger ou d'inhiber des comportements verbaux ou physiques inadaptés. Les enfants impulsifs sont incapables d'exécuter des directives dans ce sens. De plus, ils ajustent difficilement leur niveau d'excitation aux demandes des différentes situations. Ils ont une tendance très forte à rechercher les plaisirs immédiats (Douglas, 1983). On remarque ces difficultés dans des situations telles que faire la queue, attendre son tour, partager ou coopérer. Les études démontrent que l'impulsivité et l'hyperactivité sont indissociables. Barkley (1998) explique que ces deux symptômes relèvent d'un problème d'inhibition comportementale. De plus, il avance que si les problèmes d'impulsivité sont maîtrisés, le manque d'attention peut diminuer.

Enfin, l'hyperactivité correspond à un niveau excessif d'activité motrice ou verbale. Ces enfants bougent trop, courent dans tous les sens, grimpent partout. Ils ont de la difficulté à rester assis ou à se calmer. Ils parlent trop. Leurs mouvements sont désorganisés et non appropriés à la situation ou sans but. Ces enfants sont également très bruyants, notamment lors d'activités calmes. Même en situation de sommeil, les enfants hyperactifs bougent plus que les autres. À l'école, ils se déplacent sans permission. Les enseignants rapportent qu'ils agitent leurs mains et leurs jambes en travaillant, qu'ils émettent des bruits non appropriés, qu'ils jouent en permanence avec les objets qui les entourent et qu'ils parlent lorsque ce n'est pas leur tour.

L'outil diagnostique le plus utilisé en santé mentale en Amérique du Nord, le DSM-IV-TR (APA, 2003), offre la définition la plus répandue de cet ensemble de comportements regroupés sous le vocable TDAH. Dans ce manuel, les symptômes du TDAH sont regroupés selon les trois dimensions du trouble, soit l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Le tableau 1 présente les critères diagnostics retenus pour chacune des dimensions. À partir de la définition du DSM-IV-TR, on peut diagnostiquer trois types de TDAH : (1) le type inattention prédominante, présent lorsqu'il y a au moins 6 symptômes d'inattention, mais pas ou très peu d'hyperactivité/impulsivité; (2) le type hyperactivité/impulsivité prédominante, auquel on réfère lorsqu'il y a au moins six symptômes d'hyperactivité/impulsivité mais peu d'inattention; et enfin, (3) le type mixte, présent lorsqu'il y a des symptômes

d'inattention et des symptômes d'hyperactivité/impulsivité. Pour diagnostiquer un TDAH, les difficultés doivent avoir entraîné des difficultés d'adaptation dans au moins deux milieux de vie de l'enfant, par exemple, à la maison et à l'école. Certains symptômes doivent être apparus avant l'âge de 6 ou 7 ans et la présence des symptômes doit persister depuis au moins six mois.

Tableau 1

Critères diagnostics du TDAH selon le DSM IV-TR

CONDITIONS

Pour être diagnostiqué comme présentant le trouble de déficit d'attention/hyperactivité, l'enfant doit répondre aux conditions suivantes :

- A) il doit présenter soit (1), soit (2), ou les deux:
 - (1) six symptômes ou plus de manque d'attention qui ont persisté au moins 6 mois;
 - (2) six symptômes ou plus d'hyperactivité-impulsivité qui ont persisté au moins six mois;
- B) certains de ses symptômes doivent être disparus avant 7 ans;
- C) les symptômes doivent être présents en deux milieux ou plus (service de garde, école, maison, loisir, etc.);
- D) la vie scolaire, sociale ou familiale de l'enfant doit être affectée par ces symptômes.

*SYMPTÔMES**(1) Manque d'attention*

- a) Souvent incapable d'accorder une attention particulière aux détails, fait souvent des erreurs d'inattention dans ses travaux scolaires, au travail ou dans d'autres activités;
- b) a du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux;
- c) a souvent l'air de ne pas écouter ce qu'on lui dit;
- d) a souvent du mal à se conformer aux directives, ne complète pas ses travaux scolaires, ses corvées (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension);
- e) a souvent de la difficulté à organiser ses tâches, son calendrier;
- f) évite souvent (n'aime pas ou hésite à s'engager) dans des tâches qui exigent un effort mental soutenu (travaux scolaires ou domestiques);
- g) perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à ses activités à l'école ou à la maison;
- h) est facilement distrait par des stimuli externes;
- i) est souvent négligent dans ses activités quotidiennes.

(2) Hyperactivité

- a) Agite souvent ses mains et ses pieds ou se tortille sur sa chaise;
- b) a du mal à rester assis quand on lui demande;
- c) court souvent ou grimpe de façon excessive dans des situations inappropriées (chez les adolescents et les adultes ce critère peut se limiter à des sentiments subjectifs d'agitation);

- d) a du mal à jouer ou à s'engager dans une activité de loisir calmement;
- e) semble souvent “sur la brèche” et agit comme s'il était doté d'un moteur;
- f) parle souvent trop;

(2) *Impulsivité*

- g) se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser;
- h) a du mal à attendre son tour dans les jeux ou les situations de groupe;
- i) interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple, fait interruption dans les jeux d'autres enfants).

Épidémiologie

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité est le trouble le plus fréquemment diagnostiqué auprès des enfants d'âge scolaire. Selon le DSM-IV-TR (APA, 2003), environ 3 à 7 % de ces enfants en souffrent. Le DSM IV-TR établit des statistiques selon les différents types de TDAH: 5,4 % des enfants TDAH présenteraient la forme inattentive, 2,4 % la forme hyperactive et 3,6 % la forme mixte. La majorité des études indiquent que la prévalence du trouble est plus grande quelque soit la forme chez les garçons que chez les filles. Une enquête menée par le MEQ et le MSSS en 2000 sur l'utilisation des SSNC (stimulants du système nerveux central : méthylphénidate) donne une proportion de six à neuf garçons présentant un TDAH pour une fille. D'autres auteurs révèlent une proportion de trois à quatre garçons pour une fille (Brown et al., 2001; Jolicoeur, 2000).

Troubles associés et comorbidités

Le TDAH est rarement isolé. Les études épidémiologiques internationales ont montré que plus de la moitié des enfants TDAH présentent au moins un autre diagnostic associé. Notamment dans les travaux d'August, Realmuto, Mac Donald, Nugent et Crosby (1996) où l'on retrouve un diagnostic associé chez 61 % des enfants présentant un TDAH. Il est démontré qu'il y a une forte association entre les troubles d'apprentissage et l'hyperactivité. Barkley (2005) estime que 25 à 50 % des enfants hyperactifs en présentent.

Ensuite, on retrouve les troubles émotionnels. En effet, d'après Martin-Guehl (2005), 35,2 % des enfants TDAH présenteraient un trouble oppositionnel, 25,7 % un trouble des conduites, 25,8 % des troubles anxieux, et 18,2 % des troubles dépressifs. La comorbidité du TDAH avec les troubles du comportement est importante à tous les âges de la vie et elle est plus importante chez les garçons. Selon une recension de Martin-Guehl (2005), la forme hyperactivité prédominante est celle qui serait le plus fortement associée au trouble des conduites (dans 57 % des cas) tandis que pour la forme mixte, l'association serait seulement de 8 %, et pour la forme inattentive, l'association avec les troubles de conduite serait nulle (Martin-Guehl, 2005).

En ce qui concerne la dépression, il existe une association avec l'hyperactivité allant de 13 à 27 %. (Martin-Guehl, 2005). À propos des troubles anxieux qui sont présents dans 25 % des cas d'hyperactivité, il semble qu'ils diminueraient avec l'âge (Barkley, 2005). Martin-Guehl (2005) explique qu'il existe une comorbidité entre les TOC (troubles obsessionnels compulsifs) et le TDAH. Il estime la prévalence de TDAH chez les enfants présentant des TOC à 30 %.

Enfin, on relève des troubles du sommeil et du maintien de l'éveil chez l'enfant TDAH (Lecendreux & Konofal, 2005). La proportion d'enfants TDAH présentant des troubles du sommeil s'élèverait à 50 %. Efron et al. (2003) relatent que 74 % des enfants TDAH se plaignent de retard d'endormissement, 74 % ressentent une absence de fatigue au coucher, 66 % vivent des éveils nocturnes et 58 % sont fatigués durant la journée. De son côté, Corkum et al. (2001) démontre que les troubles du sommeil sont plus fréquents chez les enfants TDAH que chez les autres enfants du même âge.

Hypothèses étiologiques

Le TDAH ne semble pas découler d'une étiologie unique, mais plutôt d'un ensemble de causes diverses. Beaucoup de spécialistes souscrivent toutefois à l'hypothèse d'une prédisposition biologique.

Hypothèses neurobiologiques

Malgré les difficultés expérimentales éprouvées dans les recherches de l'étiologie du TDAH, beaucoup de spécialistes dans ce domaine adhèrent à l'hypothèse d'une prédisposition biologique au trouble. En effet, une grande diversité de problèmes neurologiques toucheraient le système nerveux central et donneraient naissance aux difficultés comportementales associées au TDAH (Massé, Lanaris & Couture, 2006). Les atteintes subies par le cerveau en période périnatale ou postnatale peuvent par exemple, expliquer dans certains cas, le portrait clinique rattaché au TDAH. Effectivement, les complications subies en période périnatale peuvent entraîner de fines lésions cérébrales. Selon Barkley (2005), 10 à 15 % des individus ayant un TDAH présentent une atteinte cérébrale causée par des complications périnatales liées à l'exposition à la cigarette ou à l'alcool. Ces lésions ou ces atteintes cérébrales modifieraient le comportement et les capacités d'attention (MEQ, 2003)

Hypothèses neurochimiques

Des hypothèses neurochimiques sont aussi émises comme modèles explicatifs du TDAH. Selon ces modèles, un dysfonctionnement au niveau des neurotransmetteurs serait la cause de ce trouble. Les trois substances neurochimiques les plus étudiées sont la dopamine, la sérotonine et la norépinéphrine. Des recherches sur des animaux ont montré qu'une diminution de ces neurotransmetteurs est associée à des comportements

hyperactifs ou désorganisés ainsi qu'à une intolérance à la frustration (Shaywitz et al, 1982). Les résultats positifs obtenus par les psychostimulants dans le traitement des enfants ayant un TDAH appuient cette hypothèse. En effet, la médication semble augmenter le taux de neurotransmetteurs et la réceptivité à ceux-ci, notamment la dopamine et la norépinéphrine (Barkley, 2005).

Les hypothèses concernant le système nerveux central qui retiennent le plus d'adhésion se rapportent aux systèmes de projections neurochimiques, en particulier la dopamine, la sérotonine et la norépinéphrine, ainsi qu'à des dysfonctions au niveau du lobe frontal. Cependant, le déficit ne serait pas global et toucherait particulièrement les fonctions d'inhibition et de contrôle stratégique (Rothenberger, 1992). Il y aurait aussi moins d'activité électrique dans les régions préfrontales et frontales limbiques du cerveau des enfants hyperactifs, particulièrement dans l'hémisphère droit (Lorys-Vernon et al., 1993). Cette région étant habituellement la plus riche en dopamine dans le cerveau humain, ceci appuie l'hypothèse de la déficience sélective de la dopamine.

Hypothèse génétique

Une recherche de Faraone et al. (1992) conclut à la possibilité d'un gène défectueux comme cause du TDAH après avoir observé une distribution familiale du trouble. Selon eux, tous les porteurs de ce gène ne développent pas nécessairement le trouble: 46 % des garçons et 32 % des filles porteurs du gène développeraient un TDAH. Cette

prédisposition serait en partie héréditaire. Dans une revue de la littérature, Hechtman (1994) affirme qu'on retrouve souvent des membres de la parenté des enfants qui manifestent des symptômes de TDAH et que la présence des symptômes est davantage semblable entre des jumeaux monozygotes qu'entre des jumeaux dizygotes. Le même phénomène est observé chez les jumeaux comparativement aux autres membres de la fratrie. Quand un parent présente le trouble, il y a plus de 57 % de risque qu'il le transmette à un des membres de sa descendance (Biederman et al., 1995). Toutefois, le mode de transmission n'est pas encore déterminé, ni la nature des anomalies génétiques.

Hypothèse de dysfonction exécutive

Des recherches appuient le fait que les fonctions du lobe frontal seraient impliquées dans les processus d'attention, d'inhibition, d'autoévaluation et de contrôle du comportement social. Ces processus sont appelés les fonctions exécutives. Barkley (2005) a élaboré un modèle théorique explicatif du TDAH basé sur les fonctions exécutives. Ces fonctions sont entre autres l'activation, l'inhibition de l'impulsivité, la flexibilité cognitive, l'organisation/planification, la mémoire de travail et le contrôle émotionnel et motivationnel. Ce modèle est reconnu et appuyé scientifiquement. Selon lui, les capacités d'autoévaluation et de contrôle du comportement en fonction de règles intériorisées jouent un rôle dans les processus de l'attention et de l'inhibition. En fait, l'incapacité d'inhiber ou de retarder une réponse serait à la base des difficultés rattachées au TDAH. Ce déficit majeur empêcherait l'individu d'avoir accès aux

fonctions exécutives qui permettent l'autocontrôle du comportement et la poursuite d'objectifs à moyen ou à long terme.

Hypothèses bio-environnementales

Facteurs diététiques. Les facteurs diététiques ont été beaucoup étudiés. Des recherches indiquent que le TDAH serait une réaction aux colorants, aux saveurs artificielles, aux agents de conservation et à une surconsommation de sucre raffiné (sucre blanc). Malheureusement, les études suivies sur le retrait de ces agents dans l'alimentation d'enfants ayant un TDAH n'ont pas conclu à une amélioration clinique significative (Braswell & Bloomquist, 1991).

Empoisonnement au plomb. L'empoisonnement au plomb est un autre facteur explicatif du TDAH. On remarque un intérêt croissant envers ce facteur comme cause environnementale de ce trouble. Plusieurs chercheurs ont fait une association entre des taux élevés de plomb dans le sang et le TDAH (Braswell & Bloomquist, 1991). Selon les observations de McMichael et Baghurst (1988), plus le taux de plomb est élevé dans le sang, plus les scores aux mesures développementales de la mémoire, la perception et l'activité motrice sont faibles en ce qui concerne la maturité. Par ailleurs, l'exposition au plomb n'est pas considérée comme la cause principale de l'hyperactivité, mais plutôt comme un élément qui augmente la prédisposition de l'enfant à développer le problème ou comme un facteur pouvant expliquer quelques cas parmi tous ceux diagnostiqués.

Consommation d'alcool / tabac / toxicomanie. Une consommation modérée d'alcool pendant la grossesse s'associe à l'apparition de problèmes sur le plan attentionnel (MEQ, 2003). Même si le tabac n'a pas été autant étudié que l'alcool, certaines études montrent que fumer pendant la grossesse augmente le risque pour l'enfant de manifester de l'hyperactivité et des déficits de l'attention, de même que d'autres déficits intellectuels et de développement émotionnel (Braswell & Bloomquist, 1991). La consommation de drogue ou même de certains médicaments pendant la grossesse a aussi été associée à la présence du TDAH chez les enfants. En 2002, l'équipe de Mick a fourni des évidences de l'existence d'un lien direct entre la consommation d'alcool et de cigarettes pendant la grossesse et la présence du TDAH chez le jeune.

Facteurs psychosociaux. Certains auteurs ont tenté de faire la distinction entre deux types d'hyperactivité : l'hyperactivité de nature physiologique et l'hyperactivité de nature psychologique. Ce dernier type d'hyperactivité découlerait de facteurs psychologiques tels que des dysfonctions familiales ou des difficultés personnelles (Pelsser, 1989). De nos jours, les facteurs psychosociaux comme la pauvreté, la sous-stimulation, l'abus physique ou psychologique et une alimentation carentielle ne sont plus considérés comme une cause du TDAH. Ces facteurs ont par contre une incidence sur la problématique, car ils peuvent précipiter ou aggraver les symptômes du TDAH. Si ces facteurs favorisent l'émergence de symptômes s'apparentant au TDAH, un

diagnostic de trouble de l'opposition ou de la conduite, ou de toute autre pathologie doit être envisagé lors du diagnostic différentiel (MEQ-MSSS, 2000).

Le tableau 2 présente les principaux facteurs de risque et de protection liés au TDAH retrouvés dans les écrits (Massé, Couture, & Lanaris, 2006).

Tableau 2

Facteurs de risque et de protection liés au TDAH

Facteurs de risque	Facteurs de protection
Facteurs individuels	
<ul style="list-style-type: none"> • Tempérament difficile • Apparition précoce d'un niveau élevé d'activité • Problèmes de santé ou retard de développement pendant la petite enfance • Référence tardive • Faible potentiel intellectuel • Comportements agressifs • Comorbidité avec d'autres troubles • Anormalités du système nerveux central 	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne santé de l'enfant • Dépistage précoce • Habiletés cognitives et langagières élevées • Bonnes habiletés sociales • Bonne relation avec l'autorité
Facteurs familiaux	
<ul style="list-style-type: none"> • Consommation de drogues, d'alcool ou de cigarettes de la mère pendant la grossesse ainsi qu'une mauvaise alimentation • Présence d'un autre membre de la famille ayant ce trouble • Problèmes de santé mentale dans la famille • Famille monoparentale • Faible scolarité des parents • Instabilité, indiscipline ou manque de supervision parentale • Pratiques parentales punitives ou coercitives • Environnement familial chaotique 	<ul style="list-style-type: none"> • Encadrement parental ferme et positif • Niveau élevé de scolarité de la mère • Stabilité familiale • Faible niveau de stress lié à la subsistance, à la vie de couple ou au travail • Communication familiale saine • Bon réseau de soutien social
Facteurs psychosociaux	
<ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise évaluation psychosociale lors du diagnostic • Mauvais encadrement dans l'environnement social 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des parents en difficulté • Développement des compétences parentales • Mesure de soutien et de répit-dépannage • Participation à des groupes ou associations de parents (ex. : PANDA)
Facteurs scolaires	
<ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise intégration sociale • Faible rendement scolaire • Mauvais encadrement scolaire (usage abusif de punitions, discipline inconsistante, etc.) et manque de soutien • Faible collaboration parent-enseignant 	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne intégration sociale • Bon rendement scolaire • Relation positive avec l'enseignant • Encadrement scolaire ferme, constant et sécurisant • Bonne communication et collaboration parent-enseignant

Interventions recommandées et rôles des intervenants psychosociaux

Interventions

Le TDAH étant de plus en plus envisagé comme une condition relativement chronique, les différents traitements possibles à cette condition ne visent pas la guérison, mais plutôt la stabilisation ou la diminution des symptômes, ainsi que de la prévention des problèmes associés comme les difficultés d'apprentissage, l'opposition, l'anxiété ou la dépression. Outre la médication, parmi les interventions les plus recommandées, on retrouve : les stratégies pour compenser les déficits de l'enfant, les techniques comportementales appliquées tant à l'école qu'à la maison, les interventions cognitivo-comportementales, la rééducation cognitive, le développement des habiletés sociales, le renforcement de l'estime de soi, les activités physiques pour évacuer la tension et des mesures de soutien pour les apprentissages (Massé & Bouchié, sous presse).

Les médicaments. Les psychostimulants s'avèrent souvent le premier traitement envisagé lorsqu'un enfant est aux prises avec le TDAH et c'est aussi celui démontrant le plus d'impact sur les symptômes associés au TDAH (Abikoff et al., 2004). Cette médication stimule le système nerveux central (cerveau et moelle épinière) et a comme principal effet d'augmenter le degré d'activité, d'éveil et de vigilance (MEQ & MSSS, 2003). Deux familles de psychostimulants sont utilisées, soit le méthylphénidate et la dextroamphétamine. Le méthylphénidate (le plus couramment utilisé, plus connu sous

les noms commerciaux de *Ritalin*[®], *Ritalin SR*[®] ou *Concerta*[®]) stimulerait la libération de dopamine, une hormone naturelle qui favorise la transmission des impulsions nerveuses au cerveau. La dextroamphétamine (*Dexedrine*[®]) augmenterait l'activité associée à la transmission de l'information d'un neurone à l'autre dans la synapse. La médication psychostimulante est associée à des améliorations des comportements sociaux des enfants ayant un TDAH, mais celles-ci consistent généralement en une diminution des comportements inappropriés plutôt qu'en une augmentation des comportements prosociaux (Pelham & Gnagy, 1999). Malgré l'efficacité des psychostimulants dans le traitement du TDAH, plusieurs se questionnent sur la prescription à outrance de ces médicaments. En effet, entre 1995 et 2003, on assiste à une croissance de la prévalence de l'utilisation de stimulants chez les jeunes de 18 ans ou moins de 133,3 % (Conseil du médicament, 2004).

Les interventions comportementales et les stratégies éducatives. Plusieurs recherches montrent que parmi les interventions les plus efficaces pour améliorer les comportements des élèves présentant un TDAH, figurent les interventions éducatives effectuées en classe et les techniques de modifications de comportement (Pace Mullins, Beesley, Hill & Carson., 1999; Stage & Quiroz, 1997). Les stratégies éducatives sont d'ailleurs celles qui produisent l'impact le plus grand au plan éducationnel, c'est-à-dire sur les résultats scolaires ou les tests de performance (Purdie, Hattie, & Carroll, 2002). Parmi les stratégies éducatives, on pense surtout à des actions préventives multiples afin de compenser les difficultés éprouvées par l'enfant TDAH dans la classe. Par exemple,

on peut compenser les difficultés d'attention de l'enfant en utilisant des moyens pour réduire le bruit (tapis, balles de tennis sous les chaises, etc.) ou en enlevant les objets qui peuvent distraire ou déranger l'élève. Les interventions comportementales visent la réduction des comportements perturbateurs et le remplacement de ceux-ci par des comportements plus adéquats. Elles se basent sur les principes du conditionnement opérant (Kazdin, 1989).

Les interventions cognitivo-comportementales. Peu importe les techniques utilisées, les programmes d'intervention cognitivo-comportementale (PICC) visent généralement à diminuer la fréquence des comportements perturbateurs des élèves présentant un TDAH en corrigeant leurs déficits sociocognitifs, en augmentant le contrôle que les jeunes exercent sur leurs propres comportements, notamment lors de la résolution de problème ou de la gestion de l'impulsivité et de l'agressivité, et en renforçant certains comportements prosociaux. Selon les résultats d'une méta-analyse de 63 études portant sur les interventions scolaires pour les élèves présentant un TDAH (DuPaul & Eckert, 1997), les interventions cognitivo-comportementales produisent un impact moins grand pour réduire les symptômes associés au TDAH, surtout les symptômes liés à l'inattention et à l'hyperactivité, que les interventions comportementales ou les interventions liées à l'enseignement (encadrement pédagogique, gestion de la classe, etc.) (Massé & Bouchié, sous presse). Toutefois, ils améliorent significativement les symptômes liés à l'impulsivité et les problèmes associés au TDAH comme les

comportements agressifs ou oppositionnels et produisent des effets intéressants au niveau du rendement scolaire (Bennet & Gibbons, 2000).

Les programmes adressés aux parents d'enfant TDAH. Les programmes d'entraînement des parents s'inspirent généralement de l'approche comportementale et visent à augmenter la compétence parentale des parents des élèves visés en les aidant à adopter des attitudes et des pratiques éducatives qui favorisent la réduction des comportements inadaptés et le remplacement de ceux-ci par des comportements adéquats. Les thèmes les plus souvent touchés incluent la connaissance du TDAH, le sentiment de compétence parentale, les croyances éducatives, l'apparition des problèmes de comportement, la gestion du stress, la communication familiale, la modification des comportements et la gestion des crises (Massé et Bouchié, sous presse).

Les traitements controversés. Plusieurs traitements, tout en s'attirant un engouement populaire, n'ont pas obtenu l'aval scientifique nécessaire pour être jugés efficaces. C'est le cas de la diète de Feingold (Massé & Bouchié, accepté) qui recommande d'éliminer tous les aliments contenant des additifs alimentaires (tels les colorants ou les saveurs artificielles) et du salicylate (radical contenu dans plusieurs fruits et légumes), des diètes sans sucrose, des traitements de mégavitamines ou de suppléments minéraux (notamment le zinc), des antihistaminiques contre le mal des transports (mechizine, cyclizine et dimenhydrinate) et des thérapies d'intégration sensorielle. L'efficacité de la caféine, comme traitement substitut du dextroamphétamine ou du méthylphénidate, a

également été infirmée par plusieurs recherches. Le biofeedback et la relaxation ont démontré certains effets bénéfiques, mais les effets sont obtenus seulement lorsque ces interventions sont combinées à d'autres formes de traitement (MEQ & MSSS, 2003). Beaucoup de produits homéopathiques et aux herbes sont proposés sur le marché pour traiter le TDAH (calmplex, defendol, ginko bilboa, hypericum ou pycnogenol), mais peu de données sont disponibles sur leur efficacité. Certains résultats préliminaires montrent toutefois que certaines herbes chinoises pourraient augmenter l'attention tout en diminuant l'agitation en l'absence d'effet secondaire, mais ces résultats doivent être corroborés davantage (Massé & Bouchié, sous presse).

Rôles des intervenants psychosociaux

Dans le cadre des milieux scolaires ou de la santé et des services sociaux, plusieurs intervenants sont susceptibles d'intervenir auprès des jeunes ayant un TDAH pour établir le diagnostic, participer au plan d'intervention ou intervenir directement auprès du jeune, de sa famille ou de son milieu de vie : l'enseignant, la direction de l'école, l'orthopédagogue, le psychoéducateur, le psychologue, l'éducateur spécialisé, le travailleur social, l'infirmière et le médecin et la direction de l'école. Étant donné qu'il y a plusieurs personnes qui sont susceptibles d'intervenir dans un dossier, il est important que leurs interventions soient coordonnées et concertées. Dans ce qui suit, nous présentons succinctement le rôle que chacun de ces intervenants est appelé à jouer.

L'enseignant. C'est la personne qui passe le plus de temps auprès du jeune mis à part ses parents. Il joue donc un rôle clé dans la réussite de l'élève. Il importe que les modèles d'intervention pédagogique soient adaptés aux besoins de l'enfant ayant un TDAH afin qu'il puisse acquérir des connaissances scolaires et adopter des comportements sociaux appropriés ainsi que des habiletés de coopération (Trépanier & Dessureault, 2006).

La direction de l'école. Les directeurs et directrices d'école ont, pour leur part, la tâche de soutenir le personnel enseignant, et ce, dans diverses situations difficiles. Concernant le TDAH, la direction d'école coordonne l'évaluation psychosociale en milieu scolaire. Cela consiste à choisir les intervenants psychosociaux qui seront impliqués, à faire signer aux parents l'autorisation pour la démarche d'évaluation multidisciplinaire, de recommander aux parents de choisir un médecin. C'est également la direction d'école qui coordonne l'élaboration du plan d'intervention en milieu scolaire.

L'orthopédagogue. Il s'agit d'un professionnel non enseignant qui travaille au soutien de l'apprentissage. Il doit travailler de pair avec l'enseignant de l'enfant ayant un TDAH. Ce professionnel peut intervenir auprès de l'enfant ou auprès de son enseignant. Il peut dépister et évaluer les difficultés d'apprentissage en plus de contribuer à prévenir l'apparition de ces difficultés. Il peut également aider les parents à soutenir leur jeune sur le plan scolaire (Trépanier & Dessureault, 2006).

Le psychoéducateur. Les interventions de ces professionnels ciblent les difficultés d'adaptation psychosociale des enfants ayant un TDAH (OCCOPPQ, 2004). Il peut évaluer les comportements de l'enfant dans ses différents milieux de vie, dépister ceux qui sont problématiques et participer à l'élaboration du plan d'intervention auprès de l'enfant présentant un TDAH. Il intervient également auprès de l'enfant en animant ou en organisant le milieu éducatif dans lequel il évolue. Concrètement, le psychoéducateur peut proposer des moyens à l'enfant ayant un TDAH, à ses parents ou à ses enseignants pour compenser les déficits liés au trouble. Par exemple, il peut aménager son espace en classe pour favoriser l'attention et la concentration et mieux contrôler l'agitation et l'impulsivité. Il peut aider les parents ou les enseignants à mettre en place des programmes de modification de comportement. Il peut également animer des programmes d'interventions cognitivo-comportementales ou d'habiletés sociales auprès des jeunes ayant un TDAH ainsi que des programmes d'habiletés parentales auprès de leurs parents et ce dans le but de développer une meilleure estime de soi, de diminuer l'anxiété et les comportements perturbateurs. Il peut agir à titre de conseiller ou de formateur auprès des autres agents d'éducation qui travaillent auprès de l'enfant ayant un TDAH.

Le psychologue. C'est un professionnel dont l'intervention vise à aider les élèves qui vivent des problèmes personnels ou de fonctionnement en groupe de l'enfant TDAH (Ordre des psychologues du Québec, 2004). Au niveau du diagnostic, il peut rencontrer

les parents pour faire une anamnèse, identifier les comportements ou situations problématiques à la maison, écouter les préoccupations des parents, recueillir des informations sur l'histoire scolaire du jeune. Il peut aussi faire passer des questionnaires à l'enfant et/ou aux parents. De plus, il peut être amené à rencontrer l'enseignant pour faire l'inventaire des symptômes à l'aide de questionnaires et d'observations. Il peut contribuer à la résolution de situations problématiques vécues à l'école ou ailleurs et prévenir leur apparition. Il peut également travailler en sous groupe de jeunes ayant un TDAH. Comme le psychoéducateur, le psychologue va mettre en place des moyens pour favoriser l'écoute, pour développer une meilleure estime de soi, pour diminuer l'anxiété et les comportements perturbateurs et ce grâce à différents programmes d'intervention comportant des techniques de relaxation, de modification de comportement, des stratégies éducatives qui aideront l'enfant qui présente un TDAH à mieux vivre ses difficultés et à s'adapter dans les différents milieux dans lequel il vit.

L'éducateur spécialisé. Il peut assister le professionnel (psychoéducateur, travailleur social ou psychologue) dans l'évaluation de l'enfant ayant un TDAH. Il peut se placer auprès de l'élève TDAH en classe pour l'aider à s'organiser et à bien suivre les consignes de l'enseignant. Il exerce un rôle de soutien et d'intégration scolaire et sociale auprès du jeune ayant un TDAH et applique les techniques de modification de comportement. (Trépannier & Dessureault, 2006).

L'infirmière. Au plan de l'évaluation, l'infirmière s'occupe de dépister si des problèmes de santé pourraient interférer avec les difficultés observées au plan de l'inattention et de l'hyperactivité, notons entre autres des déficits visuels ou auditifs, l'alimentation, le sommeil ou l'activité physique. Lorsqu'un traitement pharmacologique est prescrit, elle peut également effectuer un suivi pour vérifier si la posologie est adéquate.

Le médecin. Le médecin se doit de procéder à une évaluation globale et rigoureuse afin d'établir le diagnostic du TDAH et de mieux orienter le plan de traitement et la pharmacothérapie. Il procède à un examen physique détaillé. Les discussions relatives à la décision de prescrire un médicament doivent se faire avec l'enfant ou l'adolescent, avec le soutien et la participation des parents. Ils doivent recevoir toute l'information pertinente sur le TDAH, sur les divers modes d'intervention possibles, les effets bénéfiques recherchés par la médication et ses effets secondaires (Collège des médecins, 2006). Des examens complémentaires peuvent être recommandés tels que des électroencéphalographes, des tests des fonctions thyroïdiennes, le dosage du plomb, des résonances magnétiques etc. Il est aussi tenu d'examiner les rapports des autres professionnels afin d'établir le diagnostic et le plan de traitement.

Le travailleur social. Il s'agit d'un professionnel qui œuvre auprès des jeunes et de leur famille à titre de thérapeute, de consultant ou de personne ressource (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 2000). Il peut aider le jeune ayant un

TDAH à clarifier ses besoins, à déterminer la source de ses difficultés, à trouver des solutions adéquates et proposer des ressources appropriées. Il peut effectuer le suivi familial et individuel de l'enfant ayant un TDAH. Il peut aussi former les parents aux pratiques éducatives les plus efficaces auprès de ce type d'enfant.

Les croyances à propos du TDAH

Avant d'exposer l'état des connaissances sur les croyances des gens à propos du TDAH, il importe d'abord de définir ce que nous entendons par une croyance. Selon Rokeach (1968) une croyance est une proposition simple, consciente ou inconsciente, inférée à partir de ce qu'une personne dit ou fait et qui peut être précédée par la phrase : « Je crois que... ». Pour Bilton (1996), les croyances sont envisagées comme une acceptation cognitive et émotive d'une proposition ou d'une doctrine, alors que la connaissance se distingue des croyances par son caractère plus objectif ainsi que par le fait qu'elle soit fondée sur des bases scientifiques vraies et justifiées. Ces croyances proviennent de plusieurs sources : des convictions personnelles, des points de vue lus ou entendus dans les médias populaires, la formation reçue sur le sujet, de l'expérience passée avec cette problématique, etc. (Couture, 2005).

Bilton (1996) identifie quatre dimensions inhérentes au concept de croyance du TDAH. Ces quatre dimensions portent tout d'abord sur sa vraie nature (est-ce que cela

existe?), ensuite sur son étiologie, sur sa localisation (individu ou société) et enfin sur la désirabilité et l'efficacité de différentes stratégies d'intervention.

Suite à une recension des écrits à ce sujet, Bilton (1996) a développé une typologie de huit catégories de croyances concernant le TDAH : morale-éthique, médicale-allopathique, socioculturelle, politique-idéologique, pragmatique, médicale alternative, styles cognitifs et systématique-éclectique. Couture (2002) a mis à l'épreuve cette typologie. Les résultats obtenus avec cette version de l'instrument n'ont pas permis de confirmer l'existence de huit catégories distinctes de croyances. Il ressort que quatre des huit catégories se distinguent : morale-éthique, médicale allopathique, socioculturelle et médicale alternative. Les catégories politique-idéologique et styles cognitifs ont été regroupées pour former la cinquième catégorie. C'est cette typologie qui sera utilisée dans le cadre de cette étude.

Il est important de mentionner que des croyances de type pur n'existent pas. La plupart des individus ont des croyances qui regroupent plusieurs catégories. Il n'est donc pas question de classer les sujets selon leur type de croyance, mais bien d'établir un profil de croyances en mesurant la force de leurs croyances dans chacune des catégories (Couture, 2002). Les cinq catégories de croyances sont présentées ci-dessous.

Morales-éthiques. Ce type de croyances réfère à l'idée que les comportements associés au TDAH soient basés sur un déficit moral. Les types d'intervention privilégiés

seront de type punitif. Ce type d'explication était très populaire au début du vingtième siècle. Ce type de croyances a diminué avec le rationalisme des sciences. À l'heure actuelle, ce type de croyances se traduit par l'idée que les symptômes découlent d'un manque d'effort et de volonté de la part du jeune.

Médicales-allopathiques. Il s'agit de l'idée selon laquelle le TDAH est un problème d'ordre biologique, hors du contrôle conscient de l'individu. Ce dernier développerait des complications secondaires de type psychosocial suite à ce problème biologique. Les interventions sont de type médical et psychosocial telles la médication et la thérapie. Bilton (1996) explique que les principaux travaux de recherche qui alimentent ce type de croyances portent sur les dommages au cerveau et sur les facteurs génétiques prédisposant au TDAH.

Socioculturelles. Ce type de croyances interprète le TDAH comme un construit social. De plus, les personnes qui y adhèrent estiment que les difficultés associées ne sont pas localisées dans les individus mais qu'elles sont imbriquées dans certains aspects problématiques du contexte socioculturel dans lequel ils vivent. C'est dans ce type de croyances que l'on retrouve des idées exprimant que le TDAH est causé par les réponses parentales ou scolaires inadéquates. Les interventions privilégiées sont de type social, c'est-à-dire qu'elles portent sur l'environnement de l'enfant. Bilton (1996) relève deux écoles de pensée dans cette catégorie. La théorie psychodynamique qui se base sur l'impact des relations parents-enfants et la phénoménologie qui se concentre sur les

caractéristiques de la société. Pour illustrer ce dernier aspect, Bilton (1996) propose la théorie du « tempo sociétal » de Block (1977). Selon cette théorie, le rythme de vie rapide imposé par la société moderne et les demandes de performance accrue provoqueraient des problèmes d'hyperactivité chez l'enfant plus vulnérable.

Médicales-alternatives. Cette catégorie comporte des croyances qui expliquent le TDAH par des influences environnementales toxiques telles des régimes alimentaires inadéquats et des allergies ou encore par des causes biologiques qui ne sont pas prouvées empiriquement par la médecine traditionnelle. Les traitements privilégiés sont ésotériques provenant de divers courants exotiques ou quasi-médicaux. Les critères auxquels répond la médecine alternative selon Salmon (1984) sont fondamentalement homéopathiques, ce qui signifie que le patient est traité comme quelqu'un d'unique avec des problèmes et des symptômes idiosyncrasiques. La médecine alternative tente de suivre le modèle de Hahnemann (inventeur de l'homéopathie) qui soutient que moins de médecine vaut mieux que plus de médecine. De plus, elle utilise des remèdes naturels et traditionnels plutôt que des produits pharmaceutiques manufacturés. Les praticiens ne sont pas nécessairement réglementés par des ordres professionnels reconnus par l'état. Enfin, les théories et les traitements de la médecine traditionnelle ont des caractéristiques éclectiques intégrant les systèmes occidentaux, orientaux et traditionnels.

Cognitives-Politiques. Certaines personnes situent la problématique du TDAH à l'extérieur de l'individu. Cela signifie que bien qu'elles estiment que les jeunes diagnostiqués présentent des différences réelles, ces différences deviennent problématiques à partir du moment où la société les dévalorise en utilisant des étiquettes comme le TDAH à des fins de contrôle social. Pour ceux qui adhèrent à ce type de croyance, les seuls traitements sont la compréhension, l'adaptation des milieux et un ajustement des attentes de ces derniers.

Lorsqu'on fait le portrait des croyances d'un individu, on constate que chacun adhère à des croyances dans chacune de ces catégories. Cependant, selon les personnes, les croyances d'une ou deux catégories seront prépondérantes et pourront vraisemblablement influencer leurs pratiques envers les enfants TDAH.

À ce jour, aucune étude n'a été réalisée sur les croyances des intervenants psychosociaux. Par ailleurs, plusieurs recherches ont été faites sur les connaissances et les croyances des enseignants et des parents qui pourraient fournir des pistes de recherche intéressantes. West, Taylor, Houghton et Hudyma (2005) rapportent que les enseignants du primaire ont une meilleure connaissance du TDAH que les enseignants de secondaire. Ils affirment aussi qu'il n'y a pas de corrélation entre les connaissances et le nombre d'années d'expérience. Cependant, les enseignants avec une qualification en adaptation scolaire ont des meilleures connaissances que ceux qui n'en ont pas.

Johnston et al. (2005) ont mené une étude auprès de 103 parents d'enfants TDAH. Presque tous les parents (97%) utilisent les techniques de modification de comportement, 81 % utilisent la médication, 49 % ont essayé les vitamines et les traitements naturopathes, 52 % ont essayé les diètes alimentaires, 49 % des enfants reçoivent une aide spécialisée à l'école, 29% ont été suivi en thérapie individuelle, 19 % ont suivi une thérapie familiale et 3 % ont testé le biofeedback. Le traitement jugé le plus efficace par les parents est la médication et les traitements jugés les moins efficaces sont les diètes et les traitements naturopathes.

Bekle (2004) rapporte dans son étude sur les croyances à propos du TDAH que la plupart des enseignants et des étudiants en éducation sont d'accord pour dire que le TDAH provient d'une cause biologique. Tous les enseignants et les étudiants interrogés pensent que les difficultés de comportement des enfants TDAH ne sont pas volontaires. Les trois-quarts de l'échantillon de Bekle (2004) ont compris qu'un milieu familial défectueux n'est pas une cause du TDAH. Cependant, des croyances erronées ressortent de cette étude. La moitié de l'échantillon pense que le TDAH peut être relié à la diète de l'enfant.

Dans une étude sur les connaissances menée auprès de 1996 enseignants, Ganizadeh, Bakedar et Moeini (2006) rapportent que 46,9 % sont d'accord pour dire que le TDAH est dû à des vulnérabilités biologiques et génétiques, 53,1 % considèrent que le TDAH

est le résultat de pratiques parentales inappropriées et 64 % pensent que les enfants TDAH devraient avoir les mêmes règles de discipline que les autres élèves.

Dans une étude menée au Québec en 2000-2001 s'inspirant du modèle de Bilton, Couture, Potvin, Royer et Dupuis (2003) observent que plusieurs enseignants ont des croyances et des valeurs qui vont à l'encontre des stratégies recommandées et refusent d'appliquer ces dernières dans leur classe. Ces croyances sont principalement fondées sur les causes attribuées au TDAH. Dans cette étude, les croyances des enseignants au Québec relevaient plus de l'ordre médical-allopathique ($M = 11,13$; $ÉT = 2,16$), du socioculturel ($M = 9,53$; $ÉT = 2,12$) et du type médical-alternatif ($M = 9,42$; $ÉT = 2,16$) à côté du type cognitif-politique ($M = 8,66$; $ÉT = 2,04$) et enfin du type moral-éthique ($M = 7,51$; $ÉT = 2,29$). Cela signifie que les enseignants considèrent le TDAH comme un trouble d'origine biologique tout en estimant que certaines difficultés associées au TDAH ne sont pas localisées dans les individus, mais qu'elles sont imbriquées dans certains aspects problématiques du contexte socioculturel dans lequel ils vivent. Enfin, les enseignants québécois expliquent aussi le TDAH par des influences environnementales toxiques telles des régimes alimentaires inadéquats et des allergies ou encore par des causes biologiques qui ne sont pas prouvées empiriquement par la médecine traditionnelle. Couture (2002) exprime qu'il n'est pas surprenant de retrouver les croyances biologiques en tête puisqu'il s'agit du courant de pensée le plus présent actuellement en Amérique du Nord. D'autre part, l'auteur exprime l'aspect surprenant de l'appui relativement important des enseignants pour les croyances médicales-

alternatives. Effectivement, la littérature scientifique infirme que le TDAH provient de causes environnementales telles la pollution et la mauvaise alimentation. L’auteur émet l’hypothèse que ces informations ont été transmises aux sujets via les médias populaires et le bouche à oreille étant donné que c’est par des procédés de cette nature que ce type de croyances est véhiculé. Les croyances les moins populaires sont celles appartenant au type de croyances morales-éthiques qui signifie que le TDAH est un manque de volonté de la part du jeune.

Objectifs poursuivis

Étant donné que rien n’est connu sur les croyances des intervenants psychosociaux du Québec, la présente recherche vise à palier à cette lacune. Sachant la probabilité que les croyances des intervenants influencent le choix des pratiques utilisées et qu’on relève un écart entre les pratiques recommandées et celles utilisées sur le terrain, il s’avère pertinent de mieux cerner les croyances des intervenants psychosociaux (Cohen et al. 1999). La formation en regard du TDAH est d’ailleurs une priorité que cible le cadre d’action sur le TDAH des ministères de l’Éducation et de la Santé et des Services sociaux du Québec (2000) qui ont développé conjointement un programme de perfectionnement axé sur le développement des connaissances. Cette recherche s’inscrit dans une étude plus large menée par Massé, Couture et Lanaris sur les croyances et les pratiques des intervenants psychosociaux à propos du TDAH et l’évaluation de l’impact

différentiel de deux modalités de formation pour ces derniers. La présente recherche vise donc deux objectifs généraux :

- (1) mieux connaître les croyances chez les intervenants psychosociaux concernant la problématique du TDAH et ce, dans le réseau scolaire et le réseau de la santé et des services sociaux;
- (2) étudier les effets des différentes variables sur les croyances.

Questions de recherche

- (1) Quel est le type de croyance prédominante pour les intervenants psychosociaux ?
- (2) Les croyances à propos du TDAH varient-elles en fonction de la formation reçue ?
- (3) Les croyances à propos du TDAH varient-elles en fonction des années d'expérience professionnelle dans le domaine psychosocial ?
- (4) Les croyances à propos du TDAH varient-elles en fonction du milieu dans lequel l'intervenant travaille ?
- (5) Les croyances à propos du TDAH varient-elles en fonction de la profession ?
- (6) Les croyances à propos du TDAH varient-elles en fonction de la clientèle avec laquelle les intervenants travaillent ?
- (7) Les croyances à propos du TDAH varient-elles en fonction de du niveau de scolarité ?

- (8) Les croyances à propos du TDAH varient-elles en fonction des qualifications spécialisées reçues en plus de la formation initiale ?
- (9) Les croyances à propos du TDAH varient-elles en fonction des livres et des articles lus à propos du TDAH ?
- (10) Les croyances à propos du TDAH varient-elles en fonction du nombre d'enfants TDAH rencontrés au cours de leur carrière ?
- (11) Les croyances à propos du TDAH varient-elles en fonction des contacts échangés avec le médecin traitant de l'enfant à propos de sa médication ?
- (12) Les croyances à propos du TDAH varient-elles en fonction de la fréquence d'implication dans les processus d'évaluation d'un enfant TDAH ?
- (13) Les croyances à propos du TDAH varient-elles en fonction du sexe

Méthode

Dans le cadre de cette étude, nous cherchons à définir quelles sont les croyances des intervenants psychosociaux à propos du TDAH ainsi que le lien existant entre les caractéristiques des participants et les croyances qu'ils entretiennent sur le TDAH. Le processus pour arriver aux résultats est présenté dans ce chapitre.

Devis de recherche

Le devis de recherche de cette étude est quantitatif descriptif et corrélationnel. Les études descriptives visent à comprendre des phénomènes vécus par des individus. (Fortin, 2006). Les croyances par rapport au TDAH sont réparties selon les cinq catégories de Bilton. Les caractéristiques des participants à l'étude sont l'âge des participants, leur sexe, les caractéristiques relatives à leur milieu de travail, leur spécialisation, leur niveau de scolarité, leurs années d'expérience, leurs formations antérieures sur le TDAH, les livres ou les articles lus à ce sujet ainsi que leur expérience de travail auprès de cette clientèle.

Participants

L'échantillon se compose d'un groupe d'intervenants psychosociaux oeuvrant auprès de jeunes ou de leur famille dans les milieux scolaires ou dans le réseau de la santé et

des services sociaux ($N = 218$) et provenant de deux régions administratives de la province de Québec, soit les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les participants font partie d'un échantillon constitué dans un projet de recherche en cours de Massé, Couture et Lanaris intitulé *Croyances et pratiques des intervenants psychosociaux et des enseignants à l'égard des enfants présentant un trouble de déficit d'attention/hyperactivité et impact différentiel de deux modalités de formation continue*. La méthode d'échantillonnage utilisée dans cette recherche est l'échantillon par réseaux ou par convenance (Fortin, 2006). Cela signifie que les individus ont été recrutés par l'intermédiaire de partenaires du milieu impliqués dans le projet de recherche de Massé et ses collaborateurs. Les participants sont référés par les responsables des formations offertes sur le TDAH. Ces responsables sont les personnes de soutien régional pour le dossier TDAH affiliées aux directions régionales du MELSQ ou de l'Agence de la santé et des services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ces participants sont les intervenants du milieu auprès de qui une formation sur le TDAH a été donnée après la complétion des questionnaires utilisés dans cette étude, c'est donc un échantillon de convenance. Près de douze groupes d'intervenants provenant de ces régions ont été approchés. Le tableau 3 présente la répartition des participants selon leur profession. Il est important de mentionner que sept participants ont été enlevés de l'échantillon de départ, car leur questionnaire comportait trop de données manquantes. L'échantillon final se compose donc de 211 répondants, dont 180 femmes et 31 hommes.

Tableau 3
Répartition des participants selon leur profession

Profession	Fréquence	%
Psychoéducateurs	69	32,7
Professionnels de la santé	27	12,8
Psychologues	41	19,4
Travailleurs sociaux	39	18,5
Personnel scolaire	35	16,6
Total	211	100

Le tableau 4 décrit l'échantillon interrogé selon leurs années d'expérience, leur milieu de travail, la population rencontrée et le niveau de scolarité. Les trois quarts de l'échantillon (75 %) travaillent en milieu urbain. La majorité des intervenants travaillent avec tant avec les enfants qu'avec les parents (62,2 %). Près des deux tiers (61,1 %) possèdent un baccalauréat.

Tableau 4
Description des répondants selon leurs années d'expérience, le milieu de travail, la
population rencontrée et le niveau de scolarité

Caractéristiques	<i>n</i>	%
Années d'expérience		
1-2 ans	20	9,5
3-8 ans	60	28,4
9-15 ans	42	19,9
16-25 ans	53	25,1
26 et +	28	13,3
Manquants	8	3,8
Total	211	
Milieu de travail		
Ville	161	76,3
Rural	47	22,3
Manquants	3	1,4
Total	211	
Clientèle rencontrée		
Enfants	35	16,6
Enseignants	4	1,9
Parents	15	7,1
Enfants et parents	65	30,8
Enfants, parents et enseignants	79	31,4
Enseignants et enfants	8	3,8
Enseignants et parents	2	0,9
Manquants	3	1,4
Total	211	
Niveau de scolarité		
Collégial	21	10
Baccalauréat	129	61,1
2 ^e et 3 ^e cycle	61	28,9
Total	211	

Le tableau 5 présente l'information recueillie par les répondants à propos du TDAH. On peut remarquer que 33,2 % ont eu une formation sur le TDAH au cours de leur formation principale. Un peu moins de la moitié (42,7 %) ont suivi de la formation continue sur le TDAH. Concernant les lectures, 77,2 % ont lu au moins un livre sur le TDAH et que 34,2 % ont lu plus que 5 articles sur ce sujet.

Tableau 5

Description des connaissances des intervenants par rapport au TDAH selon leur formation initiale et continue à ce sujet, le nombre de livres et d'articles lus.

Formation au TDA/H	<i>n</i>	%
Initiale		
Oui	70	33,2
Non	140	66,4
Manquants	1	0,5
Continue		
Oui	90	42,7
Non	118	55,9
Manquants	3	1,4
Livres lus sur le TDA/H	<i>n</i>	%
Aucun	48	22,7
1 ou 2	92	43,6
3 et +	71	33,6
Articles lus sur le TDA/H	<i>n</i>	%
Aucun	13	6,2
1 ou 2	60	28,4
3-5	64	30,3
6-10	44	20,9
11 et +	28	13,3
Manquants	2	0,9

Instruments

Deux questionnaires sont utilisés. Le premier questionnaire porte sur les données sociodémographiques et l'expérience professionnelle des sujets. Il s'agit de la section A du questionnaire de Jerome, Gordon et Hustler (1994) *Survey of ADHD* adapté par Couture, Massé et Nadeau (2004) (document en appendice A). Cet instrument comprend 18 questions à niveau de mesure nominale ainsi que des mesures continues à intervalle. Ces items touchent différents thèmes : le nombre d'années d'expérience professionnelle, le type de profession, la clientèle rencontrée, le niveau de scolarité, la formation reçue sur le TDAH, les livres et articles lus à ce propos, ainsi que sur la collaboration avec le médecin de famille de l'enfant TDAH.

Le deuxième questionnaire utilisé est la version française du *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Orientation Scale* (ADHOS, traduit et adapté par Couture, 2003). Ce questionnaire évalue le profil des croyances sur le TDAH à partir de la typologie mise en place par Bilton (1996) (document en appendice B). Ce questionnaire mesure le niveau d'accord des individus à l'égard de différents énoncés portant sur la nature du TDAH, son étiologie et les traitements possibles. Cet instrument comprend 21 questions auxquelles le sujet répond au moyen d'une échelle de Likert sans point neutre allant de 1 à 4 points. Les réponses proposées sont « totalement en accord », « plutôt en accord », « plutôt en désaccord », « totalement en désaccord ». La cohérence interne de

chacune des catégories est acceptable (Couture, 2002): (1) morale-éthique ($\alpha = 0,66$), (2) médicale-allopathique ($\alpha = 0,65$), (3) socioculturelle ($\alpha = 0,68$), (4) médicale-alternative ($\alpha = 0,64$), cognitive-politique ($\alpha = 0,69$). Il y a quatre énoncés par catégorie excepté la catégorie de croyances cognitives-politiques qui en comporte cinq. Une règle de 3 a donc été effectuée pour les scores obtenus sur cette échelle afin d'uniformiser les résultats obtenus et de pouvoir les comparer avec ceux des autres échelles.

Procédure

Environ une semaine avant le premier atelier de formation, les participants inscrits ont reçu par la poste ou par courriel une lettre d'information (document en appendice C) leur signalant la possibilité de participer au projet de recherche, leur expliquant sommairement le but du projet, ses composantes, ses avantages et ses inconvénients, la nature de leur participation et l'utilisation éventuelle des données recueillies. Les intervenants qui ne désiraient pas participer à l'étude ont été assurés de recevoir la formation et de ne pas subir de pression de la part de leur employeur pour participer au projet. Lors de la première journée de formation, ces participants ont été invités à prendre un café où le projet leur a été présenté verbalement. Ces personnes pouvaient alors décider de leur participation ou non, au projet. Les coordonnées des volontaires ont été alors recueillies et les formulaires de consentement remplis (document en appendice D). Ceux qui participaient au projet de recherche remplissaient par la suite les questionnaires sur place. En tant qu'assistante de recherche, nous avons collecté les

données et rentré ces dernières sur le logiciel SPSS. Le caractère confidentiel des données issues de ce projet et l'intégrité physique et psychologique des participants ont été assurés tout au long du processus. Un code a été attribué à chaque participant pour l'ensemble des données.. Les dossiers qui renferment les données nominatives ont été mis sous clé. Seul le chercheur responsable de l'étude pouvait décoder ces numéros et avoir accès aux données nominatives.

Résultats

Analyse des données

Afin de répondre aux questions de recherches et aux objectifs présentés précédemment, plusieurs analyses ont été effectuées. Les analyses présentées ci-dessous ont porté sur les réponses des intervenants psychosociaux à l'ADHDOS. Rappelons que le score minimal des échelles est de 4, ce qui réfère à un très faible degré d'adhésion au domaine de croyance et que le score maximal est de 16, ce qui réfère au degré maximal d'adhésion au domaine de croyance (Couture, 2003). Les types de croyances ont été mis en relation avec les variables dépendantes recensées dans la section A du questionnaire de Jerome, Gordon et Hustler (1994) *Survey of ADHD* adapté par Couture, Massé et Nadeau (2004). Les analyses descriptives seront présentées pour chacune des variables indépendantes (le nombre d'années d'expérience professionnelle, le type de profession, la clientèle rencontrée, le niveau de scolarité, la formation reçue sur le TDAH, les livres et articles lus à ce propos, ainsi que sur la collaboration avec le médecin de famille de l'enfant TDAH). Ensuite, les résultats des analyses de variances univariées seront exposés afin de permettre de déterminer si les croyances des intervenants varient en fonction de celles-ci.

Présentation des résultats

Type de croyance prédominant

Le tableau 6 présente les moyennes et les écarts-types obtenus pour chacun des types de croyances pour l'échantillon total. Une série de tests- t pour observations appariées a été effectuée entre les résultats moyens de chacune des catégories de croyances. Les moyennes diffèrent significativement les unes des autres à ($p < 0,001$), à l'exception des types de croyances moral-éthique et médical-alternatif ($t(210) = -1,50$, $p = 0,14$). Le type de croyance prédominant est le type de croyance médical-allopathique ($M = 11,12$, $ÉT = 1,95$). Les intervenants interrogés qui adhèrent à ce type de croyance expliquent le TDAH comme un problème d'ordre biologique hors du contrôle conscient de l'individu. Les interventions privilégiées sont de type médical et psychosocial telles la médication et la thérapie. Ce type de croyance est suivi de près par la catégorie de croyance socioculturelle ($M = 10,09$, $ÉT = 1,58$). Ceci indique que les intervenants ont dans l'idée que les comportements associés au TDAH proviennent de certains aspects problématiques du contexte socioculturel dans lequel vit l'enfant TDAH, comme les réponses parentales ou scolaires inadéquates. Le type d'intervention privilégiée par ces personnes est la modification de l'environnement. Les croyances politiques-cognitives disant que les jeunes diagnostiqués présentent des différences réelles mais qu'elles deviennent problématiques à partir du moment où la société les dévalorise en utilisant des étiquettes comme le TDAH à des fins de contrôle social semblent mitigées ($M =$

8,94, $\acute{E}T = 1,75$). Les types de croyances auxquels adhèrent le moins les intervenants, sont les types de croyances morales-éthiques ($M = 7,55$, $\acute{E}T = 1,98$) et médicales-alternatives ($M = 7,75$, $\acute{E}T = 1,92$).

Tableau 6

Moyennes et écart types des différents types de croyances

Croyances	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Médicale-allopathique	11,12	1,95
Socioculturelle	10,09	1,58
Politique-cognitive	8,94	1,75
Médicale-alternative	<u>7,75</u>	1,92
Morale-éthique	<u>7,55</u>	1,98
Moyenne totale	10,12	1,16

Note. N = 211. Selon une série de tests *t* pour échantillons appariés effectués sur les moyennes des catégories de croyances, seules les moyennes soulignées ne diffèrent pas significativement l'une de l'autre à $p < 0,001$.

Afin de vérifier si certains énoncés contenus dans le questionnaire suscitaient la controverse ou, au contraire, suscitaient un consensus de la part des intervenants, nous avons vérifié la distribution des réponses à chacun des énoncés. On constate alors que les items 1, 2, 13, 14, 20, 21 suscitent un désaccord de plus de 80 % chez les répondants. Plus précisément, les intervenants psychosociaux sont en désaccord à 80 % avec le fait que la famille ou l'école puissent causer un TDAH. Ils sont aussi en désaccord avec le fait que le TDAH soit une faiblesse de caractère et un manque de contrôle de soi. Dans la catégorie médicale alternative, ils ne croient pas que le TDAH proviennent de la pollution, d'une mauvaise alimentation ou d'une trop grande passivité. Enfin, les intervenants ne pensent pas que le TDAH soit une étiquette pour exclure ces individus de la société. Les énoncés de ces items sont recensés au Tableau 7.

Ensuite, on se rend compte que les items 5, 15, 17 (voir le Tableau 8) génèrent des accords de plus de 80% des répondants. En effet, dans la catégorie de croyances socioculturelles, on observe que les intervenants sont d'accord avec le fait qu'il faut changer le fonctionnement des écoles et les exigences à l'intérieur de la famille. Ils approuvent aussi le fait qu'il faille se fier à la science pour mieux comprendre le TDAH.

Par contre, d'autres items (7, 9, 10, 11, 22 ; voir le Tableau 9) reçoivent un appui controversé, puisqu'entre 40 % et 60 % des répondants sont en accord avec ces affirmations. Effectivement, la question des traitements médicaux comme efficacité première donne des réponses mitigées, de même que celle recommandant une discipline

plus stricte pour traiter le TDAH. Dans la catégorie de croyances politiques-cognitives, il y a controverse autour du fait que la société devrait changer ses exigences pour mieux accepter les différences. La sur-utilisation de la médication est également discutée.

Tableau 7

Énoncés des questions auxquelles les répondants sont en désaccord à plus de 80 %

Catégories	Énoncés
Socioculturelles	
1	Le TDAH est un problème causé par l'organisation et les habitudes des milieux du jeune (par exemple : famille, école).
Morales-éthiques	
2	Le TDAH reflète une faiblesse de caractère ou un manque de contrôle de soi.
14	Les individus à qui on attribue un TDAH sont en fait des personnes qui manquent de discipline et de force de caractère.
Médicales-alternatives	
13	Le TDAH est une réponse aux irritants et aux toxines présents dans l'environnement et dans certains aliments (ex : le plomb, le bruit et la pollution).
21	Le TDAH décrit les comportements qui sont causés par des habitudes de vie qui ne sont pas saines comme une mauvaise alimentation, la passivité ou un abus d'émission de télévision et de jeux vidéo stressants.
Politiques-cognitives	
20	Le concept de TDAH est utilisé pour exclure des individus affichant des caractéristiques qui ne sont pas valorisées par certaines sociétés ou à l'intérieur de certaines situations sociales.

Tableau 8

Énoncés des questions auxquelles les répondants sont en accord à 80 %

Catégories	Énoncés
Socioculturelles	
5	Changer le fonctionnement des écoles ou améliorer les pratiques d'enseignement pourrait réduire les impacts du TDAH.
17	Changer les exigences à l'intérieur de la famille et du milieu scolaire est souhaitable pour réduire les conséquences du TDAH.
Médicales-allopathiques	
15	Nous devrions nous fier à la science, à travers la recherche médicale et la pratique clinique, pour forger notre compréhension et le traitement du TDAH.

Tableau 9

Énoncés des questions auxquelles entre 40 % à 60 % des répondants sont en accord

Catégories	Énoncés
Médicale-allopathique	
7	Les traitements médicaux sont les plus efficaces pour traiter les personnes qui souffrent du TDAH.
10	Les interventions de nature médicale sont souhaitables pour aider les personnes qui souffrent du TDAH
Morale-éthique	
9	Il est souhaitable qu'on utilise une discipline plus stricte auprès des personnes qui ont un diagnostic de TDAH.
Politique-cognitive	
11	Pour réellement aider les personnes qui souffrent de TDAH, il faudrait que la société change et qu'elle accorde une place véritable aux individus qui ont des caractéristiques différentes de celles valorisées par les normes sociales.
Aucune échelle	
22	Dans le contexte actuel, la médication est sur-utilisée auprès des élèves des écoles primaires et secondaires qui présentent des symptômes du TDAH

Formation au TDAH après la formation principale

Nous avons demandé aux intervenants s'ils avaient reçu une formation ou non sur le TDAH après leur formation initiale. Selon les analyses de variance univariées effectuées, seules les croyances médicales-allopathiques ($F(1, 206) = 11,38$, $p < 0,001$) et médicales-alternatives ($F(1, 206) = 6,51$, $p < 0,01$) varient selon la formation continue sur le TDAH suivie par les intervenants. Les croyances médicales-allopathiques sont significativement plus élevées pour les intervenants ayant suivi une formation sur le TDAH après leur formation principale ($M = 11,59$, $ÉT = 1,71$) comparativement aux intervenants n'ayant pas suivi de formation ($M = 10,70$, $ÉT = 1,98$). Pour le type de croyance médicale-alternatif, ceux qui n'ont pas suivi de formation ($M = 8,06$, $ÉT = 1,89$) ont une moyenne supérieure à ceux ayant reçu une formation sur le TDAH après leur formation principale ($M = 7,39$, $ÉT = 1,86$).

Expérience professionnelle, sexe, milieu de travail, livres et articles lus

Selon les analyses de variances univariées effectuées, les croyances ne varient pas significativement en fonction de la question à cinq niveau portant sur les années d'expérience professionnelle (1-2 ans, 3-8 ans, 9-15 ans, 16-25 ans, 26 ans ou plus). Les croyances ne varient pas non plus en fonction du milieu de travail (ville, rural). Elles ne varient pas selon le sexe. Enfin, les croyances des intervenants ne varient pas significativement selon le nombre de livres (aucun, 1 ou 2, 3-5, 6-10, 11 et plus) et

d'articles lus (aucun, 1 ou 2, 3-5, 6-10, 11 et plus).

Profession

Selon les analyses de variances univariées effectuées, seul le type de croyance médical-allopathique varie significativement selon les professions des répondants ($F(4, 207) = 3,53$ $p < 0,01$). L'analyse à posteriori utilisant le test de Hochberg démontre que les croyances médicales-allopathiques chez les psychologues ($M = 11,95$, $ÉT = 2,11$) sont significativement plus élevées que chez les travailleurs sociaux ($M = 10,41$, $ÉT = 2,16$). Cela signifie que les psychologues ont plus tendance à croire que le TDAH est un problème d'ordre biologique, hors du contrôle conscient de l'individu comparativement aux travailleurs sociaux. Le tableau 10 présente les analyses descriptives des différentes professions en fonction des catégories de croyances.

Tableau 10

Moyennes, écarts types et résultats des analyses à posteriori de Hochberg des différentes professions pour chaque catégorie de croyance

Professions	Types de Croyances					
	Morales- éthiques	Médicales- allopathiques	Socioculturelles	Politiques- cognitives	Médicales- alternatives	Moyenne totale
Psychoéducateurs (<i>n</i> = 69)						
<i>M</i>	7,41	11,22	10,17	8,85	7,65	10,11
<i>ÉT</i>	1,93	1,49	1,51	1,63	1,90	1,09
Personnel de la santé (<i>n</i> = 27)						
<i>M</i>	7,59	10,93	10,00	9,30	7,63	10,12
<i>ÉT</i>	2,01	2,52	1,62	1,83	2,26	1,41
Psychologues (<i>n</i> = 41)						
<i>M</i>	7,56	<u>11,95**</u>	9,73	8,35	7,46	9,96
<i>ÉT</i>	1,83	2,11	1,47	1,80	1,66	1,12
Travailleurs sociaux (<i>n</i> = 39)						
<i>M</i>	7,97	<u>10,41**</u>	10,23	9,44	8,15	10,33
<i>ÉT</i>	1,88	2,16	1,74	1,72	1,83	1,04
Personnel scolaire (<i>n</i> = 35)						
<i>M</i>	7,29	10,91	10,29	8,98	7,94	10,11
<i>ÉT</i>	2,33	1,46	1,64	1,76	2,06	1,09

Note. Selon les analyse à posteriori de Hochberg, seules les moyennes soulignées diffèrent significativement l'une de l'autre. **p* < 0.05 ***p* < 0.01. ****p* < 0.001

Population

Selon les analyses de variances univariées effectuées, les croyances ne varient pas selon la clientèle traitée (7 niveaux : enfants, parents, enseignants, enfants et parents, enfants parents et enseignants, enfants et enseignants, enseignants et parents) ou le nombre de jeunes diagnostiqués (5 niveaux : aucun, 1 ou 2, 3 à 5, 6-10, 11 et plus) et médicamentés (5 niveaux : aucun, 1 ou 2, 3 à 5, 6-10, 11 et plus) suivis par les intervenants.

Niveau de scolarité

Selon les analyses de variance univariées effectuées, le type de croyance politique-cognitif ($F(2, 208) = 3,66, p < 0,03$) varie significativement selon le niveau de scolarité des répondants. Pour les types de croyances politiques-cognitives, on observe que les croyances des intervenants ayant un niveau de scolarité de 2^e ou 3^e cycle ($M = 8,45, \acute{E}T = 1,62$) sont significativement moins élevées que celles des intervenants ayant un baccalauréat ($M = 9,17, \acute{E}T = 1,73$). Cela veut dire que les intervenants ayant un niveau de scolarité de 2^e ou 3^e cycle situent moins la problématique du TDAH à l'extérieur de l'individu que ceux qui ont un baccalauréat. Cela signifie que bien que les intervenants avec un baccalauréat estiment que les jeunes diagnostiqués présentent des difficultés réelles, ils estiment que ces différences deviennent problématiques à partir du moment où la société les dévalorise. Le tableau 11 présente les moyennes et écarts types des niveaux de scolarité pour chaque catégorie de croyance.

Tableau 11

Moyennes et écarts types des niveaux de scolarité pour chaque catégorie de croyance

Niveau de scolarité	Types de croyances				
	Morales-éthiques	Médicales-allopathiques	Socioculturelles	Politiques-cognitives	Médicales-alternatives
Collégial (<i>n</i> = 21)					
<i>M</i>	7,43	11,33	10,24	8,95	8,19
<i>ÉT</i>	2,16	1,56	1,58	2,03	1,99
Baccalauréat (<i>n</i> = 129)					
<i>M</i>	7,67	10,60	10,18	<u>9,17*</u>	7,88
<i>ÉT</i>	2,01	1,80	1,63	1,73	1,87
2 ^e -3 ^e cycle (<i>n</i> = 61)					
<i>M</i>	7,33	12,15	9,87	<u>8,45*</u>	7,34
<i>ÉT</i>	1,86	1,97	1,46	1,62	1,94
Total (<i>N</i> = 211)					
<i>M</i>	7,55	11,12	10,09	8,94	7,75
<i>ÉT</i>	1,98	1,95	1,58	1,75	1,92

Note. Selon les analyse à posteriori de Hochberg, seules les moyennes soulignées différent significativement l'une de l'autre. **p* < 0.05 ***p* < 0.01. ****p* < 0.001

Contacts entretenus avec les médecins

Les analyses univariées effectuées démontrent que certaines croyances varient en fonction des contacts entretenus avec les médecins. Tout d'abord, on observe que seules les croyances médicales-allopathiques des intervenants varient en fonction du nombre de contacts écrits avec les médecins ($F(4, 207) = 2,43$ $p < 0,05$). Les analyses à posteriori utilisant le test d'analyses à posteriori de Hochberg démontrent que les croyances médicales-allopathiques de ceux qui ont eu des contacts écrits avec les médecins dans tous les cas de TDAH auprès desquels ils ont eu à intervenir ($M = 13,60$, $ÉT = 1,52$) sont significativement plus élevées que ceux qui n'en ont eu aucun ($M = 11,00$, $ÉT = 2,89$). Le tableau 12 présente les moyennes et écarts types des contacts écrits par les médecins pour la catégorie de croyances médicales-allopathiques.

Tableau 12

Moyennes et écarts types des contacts écrits par les médecins et analyses à posteriori de Hochberg pour la catégorie de croyances médicales allopathiques

Contacts écrits par les médecins	Médicales-allopathiques
Aucun ($n = 137$)	
<i>M</i>	<u>11,00*</u>
<i>ÉT</i>	2,89
Environ $\frac{1}{4}$ des cas ($n = 22$)	
<i>M</i>	11,09
<i>ÉT</i>	2,28
Environ $\frac{1}{2}$ des cas ($n = 11$)	
<i>M</i>	11,55
<i>ÉT</i>	1,21
Environ $\frac{3}{4}$ des cas ($n = 13$)	
<i>M</i>	11,08
<i>ÉT</i>	1,26
Tous les cas ($n = 5$)	
<i>M</i>	<u>13,60*</u>
<i>ÉT</i>	1,52
Total ($n = 188$)	
<i>M</i>	11,12
<i>ÉT</i>	1,92

Note. Selon les analyses à posteriori de Hochberg, seules les moyennes soulignées diffèrent significativement l'une de l'autre. * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Nombre de fois impliquées dans le diagnostic

Les analyses univariées effectuées démontrent que les croyances médicales-allopathiques ($F(4, 207) = 4,25$ $p = 0,003$) et médicales-alternatives ($F(4, 207) = 2,62$ $p < 0,04$) varient selon le nombre de fois que l'intervenant a été impliqué dans le diagnostic d'un jeune. Les analyses à posteriori utilisant le test de Hochberg démontrent que les croyances médicales-allopathiques des intervenants n'ayant jamais été impliqués ($M = 10,50$, $ÉT = 2,22$) sont moins élevées que celles des intervenants ayant été impliqués 6 à 10 fois ($M = 11,79$, $ÉT = 1,50$). Par contre, le même test affiche que les croyances médicales-alternatives sont moins élevées chez les intervenants ayant été impliqués 11 fois et plus dans le diagnostic ($M = 7,00$, $ÉT = 1,92$) que chez ceux qui y ont été impliqués 6 à 10 fois ($M = 8,15$, $ÉT = 1,97$). Le tableau 13 présente les moyennes et écarts types du nombre de fois impliqué dans le diagnostic pour les catégories de croyance médicales allopathiques et médicales alternatives.

Tableau 13

Moyennes et écarts types et analyses à posteriori de Hochberg selon le nombre de fois impliqué dans le diagnostic pour les catégories de croyance médicales allopathiques et médicales alternatives

Nombre de fois impliqué	Types de croyance	
	Médicales-allopathiques	Médicales-alternatives
Jamais ($n = 64$)		
<i>M</i>	<u>10,50**</u>	7,77
<i>ÉT</i>	2,22	1,68
1-2 fois ($n = 39$)		
<i>M</i>	10,69	8,03
<i>ÉT</i>	1,96	1,83
3-5 fois ($n = 31$)		
<i>M</i>	11,58	8,13
<i>ÉT</i>	1,50	2,16
6-10 fois ($n = 33$)		
<i>M</i>	<u>11,79**</u>	<u>8,15*</u>
<i>ÉT</i>	1,50	1,97
11 fois et + ($n = 43$)		
<i>M</i>	11,53	<u>7,00*</u>
<i>ÉT</i>	1,71	1,92
Total ($n = 210$)		
<i>M</i>	11,11	7,77
<i>ÉT</i>	1,94	1,90

Note. Selon les analyses à posteriori de Hochberg, seules les moyennes soulignées diffèrent significativement l'une de l'autre. * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Discussion

Dans ce chapitre, les résultats seront discutés afin de bien comprendre le phénomène étudié. Dans un premier temps, les résultats les plus importants seront relevés et commentés. Les résultats obtenus seront rapprochés de ceux recensés dans les écrits. Ensuite, les retombées possibles et les applications des résultats seront exposées. Enfin, les forces et les faiblesses de cette recherche seront rapportées.

Description des croyances

Tout d'abord, il est observé que les croyances les plus élevées sont les croyances médicales-allopathiques. Les intervenants interrogés qui adhèrent à ce type de croyances expliquent le TDAH comme un problème d'ordre biologique hors du contrôle conscient de l'individu. Les interventions privilégiées sont de types médical et psychosocial, comme la médication et la thérapie. Il n'est pas étonnant de remarquer ce phénomène puisque la médication est l'approche la plus préconisée en Amérique du nord pour traiter le TDAH. Cela correspond également à ce que l'on retrouve dans la documentation. Effectivement, selon Johnson et al. (2003), les parents pensent de façon similaire. Ils considèrent que la médication est le traitement le plus efficace et que les diètes et les traitements naturopathes sont moins efficaces. Aussi, l'étude de Bekle (2004) sur les croyances des enseignants et des étudiants en enseignement révèle que ces derniers croient que le TDAH provient d'une cause biologique et que les difficultés de

comportement des enfants TDAH ne sont pas volontaires. C'est également le cas pour les intervenants psychosociaux de la présente étude, car un score total assez bas est observé pour les croyances morales-éthiques. Cependant, il est important de nuancer l'approche médicale-allopathique. En constatant la grande adhérence des intervenants aux croyances médicales allopathiques, cela pourrait laisser penser qu'en considérant la source du problème comme étant principalement médicale, les intervenants ont l'impression qu'ils n'ont pas d'influence sur le TDAH. Or, ils peuvent favoriser l'adaptation et la réussite scolaire de l'enfant ayant un TDAH. Les moyens d'intervention qu'ils mettront en place auront beaucoup d'impact dans la vie du jeune ayant un TDAH, et ce avec ou sans médication. (DuPaul & Eckert, 1997).

En ce qui a trait à l'influence de l'environnement du jeune, nos résultats diffèrent de ceux obtenus dans l'étude de Ganizadeh, Bakedar et Moeini (2006 où 53,1 % des enseignants considèrent que le TDAH est le résultat de pratiques parentales inappropriées. Ils se rapprochent toutefois de l'étude de Bekle (2004) effectués auprès d'enseignants où ces derniers considéraient en majorité que les parents n'étaient en rien responsables du TDAH de leur enfant. En effet, dans la présente recherche, 80 % des intervenants psychosociaux sont en désaccord avec l'énoncé 1 qui dit que « le TDAH est un problème causé par l'organisation des milieux de vie du jeune ». D'autre part, on observe aussi que 80% des intervenants pensent qu'il faut changer le fonctionnement des écoles ou améliorer les pratiques d'enseignement et qu'il faudrait changer les exigences à l'intérieur de la famille et du milieu scolaire pour réduire les conséquences du TDAH.

Les intervenants psychosociaux ne remettent donc pas la famille en cause concernant le TDAH, cependant ils reconnaissent que l'école et la famille ont un rôle à jouer au niveau de la prise en charge. Par ailleurs, il est constaté dans la présente étude des croyances médicales alternatives assez faibles comparativement aux résultats obtenus par Bekle (2004) où la moitié des enseignants attribuant le TDAH à une diète alimentaire inadéquate.

Si l'on compare nos résultats avec ceux de l'étude de Couture (2002) concernant les croyances des enseignants québécois à l'égard du TDAH, on observe presque les mêmes résultats à l'exception du type de croyances médicales-alternatives. En effet, dans notre étude, la moyenne observée pour ce type de croyances est de 7,75 ($ET = 1,92$) alors qu'elle est de 9,42 ($ET = 2,16$) pour l'échantillon de Couture. Cette diminution notable au niveau de cette croyance peut être due à la profession des participants ou encore au temps qui s'est écoulé entre la collecte de Couture (2002) et la nôtre, soit six ans. Depuis, le début des années 2000, plusieurs efforts ont été faits au Québec pour informer les intervenants des réseaux scolaires et de la santé et des services sociaux, notons entre autres les différents documents de sensibilisation produits par le MELS et le MSSS (2000a, 2000b, 2003a, 2003b) et ceux produits par certains ordres professionnels (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2001). Il se peut que ces campagnes de sensibilisation aient porté fruit et ait influencé les croyances des intervenants. Pour les autres catégories de croyances des enseignants, on note de grandes ressemblances à savoir la prédominance des croyances médicales-allopathiques,

l'adhérence importante aux croyances socioculturelles, les résultats mitigés pour les croyances politiques-cognitives et le peu d'appui pour les croyances morales éthiques. Cela signifie donc que les résultats obtenus pour les intervenants psychosociaux sont proches de ceux retrouvés dans la littérature au sujet des enseignants.

Variation des croyances selon diverses variables

Concernant l'effet des variables indépendantes sur les croyances, West, Taylor, Houghton et Hudyma (2005) rapportent qu'il n'y a pas de corrélation entre les connaissances et le nombre d'années d'expérience. On observe le même phénomène chez les intervenants psychosociaux, en ce qui concerne les croyances.

Le fait d'avoir reçu une formation sur le TDAH après la formation principale semble améliorer les croyances. En effet, les intervenants qui ont reçu une telle formation ont des croyances médicales-allopathiques plus élevées et des croyances médicales-alternatives plus faibles que ceux qui n'ont pas reçu de formation sur le TDAH. On peut rapprocher ces résultats à ceux de West, Taylor, Houghton et Hudyma (2005) qui révèlent que les enseignants avec une qualification en adaptation scolaire ont des croyances qui concordent davantage avec les connaissances scientifiques actuelles à ce sujet.

Les psychologues ont des croyances médicales-allopathiques significativement plus élevées que les travailleurs sociaux. Cela peut provenir de la formation de base. Effectivement les psychologues ont une formation plus longue et peut être plus complète

concernant le TDAH que les travailleurs sociaux. Dans le même ordre d'idée, on remarque que les croyances politiques-cognitives sont plus élevées chez les intervenants avec un baccalauréat que chez ceux qui ont un diplôme de 2^e ou 3^e cycle. Les intervenants bacheliers ont donc plus tendance à penser que les jeunes diagnostiqués présentent des difficultés réelles, mais que ces différences deviennent problématiques à partir du moment où la société les dévalorise. Le niveau de scolarité peut expliquer en partie ce phénomène.

On remarque aussi que les croyances médicales-allopathiques sont plus élevées chez les personnes qui ont plus de contacts avec les médecins. Étant donné que ces intervenants sont souvent en relation avec le milieu médical, il est possible que leurs croyances soient plus de cet ordre là. Il en est de même pour le nombre de fois impliquées dans le diagnostic. Les intervenants qui sont impliqués 6 à 10 fois ont des croyances médicales-allopathiques plus élevées, c'est peut être parce qu'ils sont plus confrontés à ce type d'approche. Par contre, les intervenants qui sont impliqués 11 fois et plus ont des croyances médicales-alternatives plus faibles. Il est probable qu'ils aient pu prendre connaissance des limites de ce genre d'approche.

Limites et retombées possibles de l'étude

Après avoir rapproché les résultats de notre étude à ceux qui existaient dans la littérature, voici les retombées possibles de ce projet. Tout d'abord, on se rend compte

que dans l'ensemble, les croyances à propos du TDAH sont adéquates pour la plupart des intervenants psychosociaux. C'est un phénomène rassurant, car cela signifie qu'en principe les pratiques auprès des enfants présentant un TDAH sont appropriées. Cependant, on a pu voir qu'une formation continue sur le TDAH après améliorerait les croyances. Effectivement, il est important que les personnes qui sont confrontées à la clientèle ayant un TDAH puissent bénéficier de formations continues pour mettre à jour leurs connaissances afin de modifier les croyances pour intervenir le mieux possible auprès de ces enfants, adolescents et aussi les adultes qui présentent cette problématique.

Évidemment, plusieurs limites peuvent influencer nos résultats. Tout d'abord, les personnes interrogées proviennent de la région de la Mauricie et du Centre du Québec. L'échantillon n'est donc pas représentatif de toute la province du Québec. Ensuite, certaines professions sont sous-représentées, si les groupes avaient été plus homogènes, peut-être aurions-nous eu des résultats différents? De plus, des écarts-types importants sont observés dans les résultats des personnels de la santé. Cela peut provenir du fait que différents niveaux de formations sont réunis dans ce groupe à savoir des médecins et des infirmières, ce qui peut expliquer la variabilité des réponses. Enfin, les qualités métrologiques de l'instrument utilisé pour mesurer les croyances des intervenants sont acceptables mais pourraient être bonifiées. Le fait que les croyances dont la véracité est scientifiquement appuyée et les croyances erronées ne soient pas distinguées au sein des sous-échelles peut rendre l'interprétation difficile.

Les résultats obtenus dans cette étude représentent une avancée significative en ce qui concerne les croyances à propos du TDAH des intervenants psychosociaux en lien avec les expériences et la formation que les intervenants ont eues avec le TDAH. L'étude a mis en évidence que les croyances envers le TDAH de diverses catégories d'intervenants (les psychologues et les travailleurs sociaux) sont hétérogènes et qu'elles peuvent varier en fonction des caractéristiques des intervenants, de leur niveau de scolarité, de la formation qu'ils ont reçue et des contacts avec les médecins. L'étude a permis de constater que plus de la moitié des intervenants de l'échantillon n'ont pas eu l'occasion de suivre une formation sur le TDAH en cours de carrière alors qu'ils sont régulièrement confrontés à cette clientèle. Cela renforce l'idée de poursuivre la formation continue sur le TDAH auprès des intervenants.

Il serait intéressant de mener cette étude dans un centre urbain plus important, par exemple dans la région de Montréal ou de Québec, pour voir si des résultats semblables seraient obtenus. En effet, dans ces grandes villes, l'accès à des formations est plus facile ce qui pourrait avoir un impact positif sur les croyances des intervenants. Elle pourrait aussi être menée auprès d'autres cultures pour vérifier si les croyances à propos du TDAH varient selon le contexte culturel dans laquelle les intervenants psychosociaux évoluent.

Enfin, afin de diffuser les résultats de ce mémoire, plusieurs communications ont été réalisées. Tout d'abord, une affiche a été présentée au concours d'affiches de l'Université du Québec à Trois-Rivières ainsi qu'au concours de vulgarisation scientifique de

l'Université du Québec. Ensuite, une communication a eue lieu lors du 75^e Congrès de l'ACFAS dans le cadre du colloque 603 « Mieux intervenir auprès des personnes ayant un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité: de la petite enfance à l'âge adulte ». Enfin, un article présentant les résultats de cette étude sera soumis à « Santé mentale Québec »

Conclusion

Pour conclure cette étude, rappelons que la croyance prédominante chez les intervenants psychosociaux est de l'ordre médical allopathique. À l'inverse, la croyance que les intervenants approuvent le moins est de l'ordre moral éthique et médical alternatif. Cela donne donc un portrait rassurant des acteurs qui opèrent au quotidien auprès de cette clientèle, car les croyances recensées sont adéquates pour la majorité. Néanmoins, la forte adhérence des intervenants psychosociaux au type de croyances médicales allopathiques pourrait expliquer en partie la croissance de l'utilisation de stimulants chez les jeunes de 18 ans et moins observée depuis 1995 au Québec (Conseil du médicament, 2004).

Par ailleurs, les croyances socioculturelles, telles la modification du fonctionnement des écoles et les changements à effectuer au sein de la famille sont très préconisées par les intervenants psychosociaux. On sait que le traitement le plus efficace est l'approche multimodale qui allie pharmacologie et interventions psychosociales. Il semble que la forte adhérence des intervenants psychosociaux aux croyances médicales allopathiques et socioculturelles témoigne d'une attitude qui va dans ce sens.

Il est intéressant de remarquer le peu d'appui accordé aux croyances médicales alternatives comparativement à ce que l'on peut retrouver dans la littérature sur les croyances chez les enseignants. Cela peut suggérer que la diffusion des résultats

scientifiques à ce propos est plus efficace auprès des intervenants psychosociaux qu'auprès des enseignants ou qu'ils sont mieux formés au sujet de la problématique du TDAH. Cette diminution peut aussi être attribuée au facteur temps, car la plupart des autres études citées dans la présente recherche ont été effectuées aux débuts des années 2000. En effet, depuis quelques années, on remarque que des efforts ont été faits pour informer les intervenants des réseaux scolaires et de la santé et des services sociaux, notons entre autres les différents documents de sensibilisation produits par le MELS et le MSSS (2000a, 2000b, 2003a, 2003b). Il se peut que ces campagnes de sensibilisation ait porté fruit et ait influencé les croyances des intervenants.

On remarque que le fait d'avoir reçu une formation en cours de carrière sur le TDAH augmente les croyances médicales-allopathiques et diminue les croyances médicales-alternatives. Cela démontre la nécessité de continuer à former les intervenants psychosociaux afin que leurs croyances soient adéquates entraînant éventuellement des pratiques plus appropriées auprès des individus ayant un TDAH. Le fait de continuer à offrir des formations aux intervenants toutes disciplines confondues permettrait aussi d'uniformiser les croyances de ceux-ci notamment concernant les travailleurs sociaux qui ont des croyances moins adéquates que l'ensemble de l'échantillon. En effet, on voit qu'il y a des écarts entre les psychologues et les travailleurs sociaux. Étant donné que les deux professions sont confrontées à cette clientèle, il est important de développer les connaissances de chaque intervenant quelle que soit sa formation de base. Effectivement, comme le préconise l'approche multimodale, les intervenants

psychosociaux, en particuliers les psychologues et les travailleurs sociaux, sont amenés à travailler ensemble. Uniformiser leurs connaissances est donc nécessaire afin que les interventions soient basées sur un modèle théorique fiable assurant ainsi une prise en charge cohérente de cette clientèle. En partageant les mêmes connaissances sur le phénomène du TDAH, cela pourrait favoriser un consensus sur les interventions à adopter auprès de cette clientèle et une meilleure concertation sur les services à offrir. Concernant la psychoéducation, les formations devraient mettre l'accent sur l'évaluation, le dépistage ainsi que l'animation et l'organisation des différents milieux dans lesquels l'enfant TDAH évolue. De plus, le fait que les différents intervenants psychosociaux soient formés ensemble peut favoriser des échanges coconstructivistes, c'est-à-dire la confrontation des idées des différents acteurs, pouvant ainsi susciter des changements au niveau des croyances erronées chez certains d'entre eux.

À propos des limites de cette étude, nous réalisons que l'échantillon n'est pas représentatif de toute la province de Québec. Il serait intéressant de vérifier si les croyances sont les mêmes dans les régions éloignées ou encore dans des zones urbaines plus importantes comme les régions de Québec et de Montréal.

Cette étude se distingue par le fait qu'elle apporte un éclairage sur les croyances des intervenants psychosociaux. Certaines recherches se sont penchées sur les croyances et les connaissances des enseignants et des parents, mais nous n'avons pas recensé d'études sur les intervenants psychosociaux, en particulier ceux du Québec. Étant donné que ce

sont des acteurs importants dans le dépistage et dans la prise en charge du TDAH, mieux cerner leurs croyances à ce propos s'avérerait nécessaire. C'est en cela que cette recherche contribue au développement des connaissances. Cela va aussi pouvoir permettre d'orienter les formations afin que les croyances et les connaissances de chaque acteur soient mises à jour.

Références

- Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R. G., Weiss, G., Fleiss, K., Etcovitch, J., Cousins, L., Greenfield, B., Martin, D., & Pollack, S. (2004). Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 43(7), 802-811.
- American Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.). Paris : Masson.
- August, G. J., Realmuto, G. M., MacDonald, A. W., Nugent, S. M., & Crosby, R. (1996). Prévalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children for disruptive behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(5), 571-595.
- Barkley, R. A. (2005). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed.). New York : Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York : Guilford press.
- Bekle, B. (2004). Knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) : A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*, 7(3), 151-161.
- Bender, W. N., Vail, C. O., & Scott, K. (1995). Teachers' attitudes toward increased mainstreaming : Implementing effective instruction for students with learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 28(2), 87-94.
- Bennet, D. S., & Gibbons, T. A. (2000). Efficacy of child behavioral interventions for antisocial behavior : A Meta-analysis. *Child and Family Therapy Behavior Therapy*, 22(1), 1-15.
- Biederman J., Wilens T., & Mick, E. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) : Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1652-1658.
- Bilton, K. (1996). *Teachers' orientations to attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) : A survey of teachers' and physicians' attitudes towards ADHD in the UK*, Unpublished manuscript, University of Oxford.
- Block, G. H. (1977). Hyperactivity : A cultural perspective. *Journal of learning disabilities*, 110, 236-240.
- Braswell, L., & Bloomquist, M-L. (1991). *Cognitive-behavioral therapy with ADHD children : Child, family and school interventions*. New York : Guilford Press.

- Brown, R. T., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T., Amler, R. W., Feldman, H. M., Pierce, K., & Wolraich, M. L. (2001). Prevalence and assessment of attention-deficit hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*, 107(3), 1-11.
- Chan, E., Rappaport, L.A., & Kemper, K.M., (2003). Complementary and alternative treatment in childhood attention and hyperactivity problems. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, 24, 4-8
- Cipkala-Gaffin, J. A. (1998). Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Perspective in Psychiatric Care*, 34(4), 18-25.
- Cohen, D., Claperton, I., Gref, P., & Tremblay, Y. (1999). *Déficit d'Attention/hyperactivité : Perceptions des acteurs et utilisation de psychostimulants*. Québec : Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Laval.
- Collège des médecins du Québec. (2006). *Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : Traitement pharmacologique*. Montréal : Collège des médecins du Québec.
- Collège des médecins du Québec & Ordre des psychologues du Québec. (2001). *Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage des stimulants du système nerveux central : Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec*. Montréal : Collège des médecins du Québec.
- Conseil du médicament. (2004). Utilisation de stimulants chez les jeunes de 18 ans ou moins dans le traitement du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). *Bulletin du conseil du médicament*, 1(3), 2-8.
- Corkum, P., Tannock, R., Modovsky, H., Hogg-Johnson, S., & Humphries, T. (2001). Actigraphy and parental rating of sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Sleep*, 3, 303-312.
- Couture, C. (2005). Les enseignants du primaire face au trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. *Vie pédagogique*, 135, 1-8.
- Couture, C. (2002). *Croyances des enseignants québécois et britanniques de niveau primaire sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
- Couture, C., Royer, É., Potvin, P., & Dupuis, F. (2003). Comparison of Quebec and British teachers' beliefs about, training in and experience with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Emotional and Behavioural Difficulties*, 8(4), 284-302.

- Douglas, V. I. (1983). Attentional and cognitive problems. In M. Rutter (Ed), *Developmental neuropsychiatry* (pp.280-329). New York : Guilford Press.
- Dulcan, M. K., & Benson, R. S. (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with ADHD. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1311-1317.
- DuPaul, G. J., & Eckert, T. L. (1997). The effects of school-based interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder : A meta-analysis. *School Psychology Review*, 26(1), 5-27.
- Efron, D., Sewell, J., Cranswick, N., Hiscock, H., Vance, A., & Luk, E. (2003) The prescribing of psychotropic medications for children by australian paediatricians and child psychiatrists. *Paediatrics*, 111, 372-375.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Chen, W. J., Krifcher, B., et al. (1992). Segregation analysis of attention deficit hyperactivity disorder, *Psychiatric Genetics*, 2, 257-275
- Fortin, M-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Gagné, P-P. (1996). Être attentif, ça s'apprend : Caractéristiques de l'attention et outils d'intervention (volet 2). *Orthographe Plus*, 8(2), 6-11
- Ghanizadeh A, Bahredar M. J., & Moeini S. R. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education and Counselling*, 63(1-2), 84-88.
- Green, R. W., Abidin, R. R., & Kmetz, C. (1998). The index of teaching stress : A measure of student-teacher compatibility. *Journal of School Psychology*, 35(3), 239-259.
- Hechtman, L. (1994). Genetic and neurobiological aspects of attention deficit hyperactive disorder : A review. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 19(3), 193-201.
- Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 563-567.
- Johnston, C., Seipp, C., Hommersen, P., Hoza, B., Fine, S., (2005). Treatment choices and experiences in attention deficit and hyperactivity disorder: Relation to parent beliefs and attribution. *Child Care, Health and Development*, 31(6), 669-677

- Jolicoeur, C. (2000) *Diagnostic*. Récupéré le 15 mars 2006.
<http://www.forumhyper.net/scarlett/hyperactivite/diagnostic.htm>
- Kazdin, A. E. (1989). *Behavior modification in applied setting* (4th ed.). Belmont : Brooks/Cole Publishing Compagny.
- Lecendreux, M., & Konofal, E. (2005). Troubles du sommeil et du maintien de l'éveil chez l'enfant TDAH. In V. Vantalon (Ed), *L'hyperactivité de l'enfant* (pp.55-61). Paris : Éditions John Libbey Eurotext.
- Loryx-Vernon, A. R., Hynd, G. W., Lyytinen, H., & Hern, K. (1993). Etiology of attention deficit hyperactivity disorder. In J-L Matson (Ed), *Handbook of hyperactivity in children* (pp. 47-65). Massachussets : Allyn and Bacon.
- Martin-Guehl, C. (2005). Comorbidité avec les troubles du comportement et les troubles émotionnels. In V.Vantalon (Ed), *L'hyperactivité de l'enfant* (pp.47-54). Paris : Éditions John Libbey Eurotext.
- Massé, L. & Bouchié, A. (Sous presse). Les troubles du comportement. Dans E. Habimana et R. Hould (Sous la dir. de), *Comprendre les personnes aux prises avec les problèmes psychologiques pour mieux les accompagner*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Massé, L., Lanaris, C., & Couture, C. (2006). Interventions auprès des parents. Dans N. Chevalier, H. Poissant, M.-C. Guay, A Achim et P. Lageix (sous la dir. de), *Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité : Les enjeux en santé et en éducation* (p. 255-280). Québec : Collection Santé et Société, Presses de l'Université du Québec.
- Massé, L. (1999). Le déficit de l'attention/hyperactivité. Dans E. Habimana, L. Éthier, J. Petot, & M. Toussignant (Sous la dir. de), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative* (pp.163-182). Québec : Gaëtan Morin.
- McMichael, A. J., & Baghurst, P. A. (1988). Port Pirie Cohort Study : Environmental exposure to lead and children abilities at the age of four years. *New England Journal of Medecine*, 319, 213-219.
- Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M., & Faraone, S. V. (2002). Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 16-22.

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, & Ministère de l'Éducation du Québec. (2000). *Élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA) : Définitions*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (2003). *Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes TDAH : Document de soutien à la formation : Connaissances et interventions*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports, & Ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Famille et de l'Enfance. (2003a). *L'hyperactivité et les problèmes d'attention chez les jeunes – Soyons Vigilants*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports, & Ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Famille et de l'Enfance. (2003b). *Le trouble de déficit d'attention/hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes, Document de soutien à la formation: connaissances et interventions*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports, & Ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Famille et de l'Enfance. (2000a). *Plan d'action concernant les élèves présentant le trouble de déficit d'attention hyperactivité*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports, & Ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Famille et de l'Enfance. (2000b). *Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage des stimulants du système nerveux central*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ordre des conseillers et des conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2004). *Le psychoéducateur : profil de la profession*. Récupéré le 5 mai 2007 de <http://www.orientation.qc.ca/psyed/profil.shtml>.
- Ordre des psychologues du Québec. (2004) *Le psychologue scolaire*. Récupéré le 5 mai 2007 de http://www.ordre.psy.qc.ca/public/psy/02b_scolaire.asp.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. (2000). *Le travailleur social*. Récupéré le 5 mai 2007 de <http://www.optsq.org/travailleursocial\\travsocial.html>.
- Pace, T. M., Mullins, L. L., Beesley, D., Hill, J. S., & Carson, K. (1999). The relationship between children's emotional and behavioral problems and the social responses of elementary school teachers. *Contemporary Educational Psychology*, 24, 140-155.

- Pelham, W. E., & Gnagy, E. M. (1999). Psychosocial and combined treatments for ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5(3), 225-236.
- Pelsser, R. (1989). *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Purdie, N., Hattie, J., & Carroll, A. (2002). A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder : What works best? *Review of Educational Research*, 72, 61-99.
- Rokeach, M. (1968). *Beliefs, Attitudes, and Values*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Rothemberger, A. (1992). Les enfants hyperactifs présentent-t-ils un déficit fonctionnel global des lobes frontaux? *Prisme*, 3(2), 176-187.
- Salmon, J. W. (1984). *Alternatives medecines : Popular and policy perspectives*. New York : Tavistock publications.
- Shaywitz, S. E., Hunt, R. D., Jatlow, P., Cohen, D. J., Young, J. G., Pierce, R. N., Anderson, G. M., & Shaywitz, B. A. (1982). Psychopharmacology of attention deficit disorder: pharmacokinetic, neuroendocrine, and behavioral measures following acute and chronic treatment with methylphenidate. *Pediatrics*, 69, 688-694.
- Stage, A. A., & Quiroz, D. R. (1997). A meta-analysis of interventions to decrease disruptive classroom behavior in public education settings. *School Psychology Review*, 26(3), 333-368.
- Trépannier, N., & Dessureault, D. (2006). Les principes et le cadre d'intervention auprès des élèves ayant des difficultés de comportement. Dans L. Massé, N. Desbiens, & C. Lanaris (Éds), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention* (pp.85-102). Montréal : Gaëtan Morin.
- West, J., Taylor, M., Houghton, S., & Hudyma, S. (2005). A comparison of parent's knowledge and beliefs about ADHD. *School Psychology International*, 26(2), 192-208.

Appendices

Appendice A

Questionnaire de Jerome, Gordon et Hustler (1994) *Survey of ADHD* adapté par Couture,
Massé et Nadeau (2004)

ID : _____

<p>1. Depuis combien d'années travaillez-vous comme intervenant psychosocial (depuis votre graduation)?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 1-2 ans b. 3-8 ans c. 9-15 ans d. 16-25 ans e. 26 ans ou plus 	<p>2. Dans quel type de milieu travaillez-vous?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dans une ville b. En banlieue c. Dans un village d. Dans un milieu rural
<p>3. Quelle est votre profession?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Psychoéducateur b. Infirmière c. Psychologue d. Travailleur social e. Éducateur spécialisé f. Agent de relation humaine g. Autre, S.V.P. spécifiez _____ 	<p>4. Votre tâche se déroule surtout auprès (vous pouvez encercler plus d'un choix):</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Des enfants b. Des enseignants c. Des parents d. Autre, S.V.P. spécifiez _____
<p>5. Quel est votre niveau de scolarité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Collégial Précisez le domaine : _____ b. Baccalauréat Précisez le domaine : _____ c. Certificat d. Maîtrise e. Doctorat f. Autre, S.V.P. spécifiez _____ 	
<p>6. Avez-vous d'autres qualifications spécialisées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Oui, S.V.P. spécifiez _____ b. Non 	<p>7. Avez-vous reçu une formation sur le TDAH au cours de votre formation initiale ?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Non b. Oui, brièvement à travers un autre sujet c. Oui, brièvement dans une leçon consacrée à ce sujet d. Oui, a été couvert considérablement
<p>8. Avez-vous reçu une formation sur le TDAH après avoir commencé à pratiquer?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Non b. Oui, lors d'une brève formation intensive c. Oui, lors d'un atelier qui faisait un tour complet de la question d. Oui, un cours gradué sur le sujet 	

ID : 141

<p>9. Environ combien de livre(s) avez-vous lu sur le sujet du TDAH?</p> <p>a. Aucun b. 1 ou 2 c. 3-5 d. 6-10 e. 11 et +</p>	<p>10. Environ combien d'article(s) (Professionnel / autre) avez-vous lu sur le sujet du TDAH?</p> <p>a. Aucun b. 1 ou 2 c. 3-5 d. 6-10 e. 11 et +</p>
<p>11. Parmi votre clientèle au cours des deux dernières années, combien de cas étaient diagnostiqué(s) comme ayant un TDAH?</p> <p>a. Aucun b. 1 ou 2 c. 3-5 d. 6-10 e. 11 et +</p>	<p>12. Parmi votre clientèle au cours des deux dernières années, à combien de cas saviez-vous qu'on donnait une médication pour traiter le TDAH?</p> <p>a. Aucun (passer à la question 16) b. 1 ou 2 c. 3-5 d. 6-10 e. 11 et +</p>
<p>13. Pour les cas identifiés à la question 12, dans quelle proportion des cas avez-vous été contacté par écrit par les médecins qui avaient prescrit la médication?</p> <p>a. Aucun b. Environ le 1/4 des cas c. Environ la 1/2 des cas d. Environ les 3/4 des cas e. Tous les cas f. Ne s'applique pas</p>	<p>14. Pour les cas identifiés à la question 12, dans quelle proportion des cas avez-vous été contacté, par téléphone ou en personne par les médecins qui avaient prescrit la médication?</p> <p>a. Aucun b. Environ le 1/4 des cas c. Environ la 1/2 des cas d. Environ les 3/4 des cas e. Tous les cas f. Ne s'applique pas</p>
<p>15. Pour les cas identifiés à la question 12, dans quelle proportion des cas avez-vous été contacté par l'entremise des parents, par les médecins qui avaient prescrit la médication?</p> <p>a. Aucun b. Environ le 1/4 des cas c. Environ la 1/2 des cas d. Environ les 3/4 des cas e. Tous les cas f. Ne s'applique pas</p>	<p>16. Combien de fois avez-vous été impliqué dans le processus d'évaluation d'un enfant avec un TDAH?</p> <p>a. Jamais b. 1 ou 2 c. 3-5 d. 6-10 e. 11 et +</p>
<p>17. Diriez-vous que le TDAH est une problématique sur laquelle les intervenants psychosociaux ont raison de se pencher ?</p> <p>a. Oui, absolument b. Peut-être que oui c. Peut-être que non d. Non, absolument pas e. Ne sais pas.</p>	<p>18. Croyez-vous qu'une formation additionnelle sur l'évaluation et le traitement du TDAH pourrait vous être bénéfique?</p> <p>a. Oui, absolument b. Peut-être que oui c. Peut-être que non d. Non, absolument pas</p>

Appendice B

Questionnaire *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Orientation Scale* (ADHOS, traduit et adapté par Couture, 2003)

PERCEPTIONS SUR LE TDA/H

Pour la prochaine section, référez-vous aux élèves que vous avez croisés au cours de votre carrière ou à ce que vous avez appris ou entendu sur cette problématique. Tentez de référer au **concept dans son ensemble** plutôt qu'à un cas particulier. Ce sont vos impressions générales sur le TDA/H que nous désirons recueillir.

Vous lirez des énoncés qui reflètent des opinions que différentes personnes peuvent avoir vis-à-vis le TDA/H. Répondez-y en cochant la bonne case selon que vous êtes :

- ✓ totalement d'accord,
- ✓ plutôt en accord,
- ✓ plutôt en désaccord ou
- ✓ totalement en désaccord avec l'énoncé.

	Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord
1 Le TDA/H est un problème causé par l'organisation et les habitudes des milieux de vie du jeune (par exemple : famille et école).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 Le TDA/H reflète une faiblesse de caractère ou un manque de contrôle de soi.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3 Ce qu'on désigne par TDA/H n'est pas une pathologie, mais plutôt une façon d'envisager le monde différente de celle de la plupart des gens.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4 Lorsqu'un individu présente les symptômes du TDA/H, il est souhaitable de lui offrir des traitements pour qu'éventuellement son comportement puisse correspondre aux attentes de la société.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 Changer le fonctionnement des écoles ou améliorer les pratiques d'enseignement pourrait réduire les impacts du TDA/H.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6 Plus de discipline, i.e. un environnement plus strict, est probablement le meilleur traitement pour le TDA/H.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7 Les traitements médicaux sont les plus efficaces pour traiter les personnes qui souffrent du TDA/H.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8 Les symptômes du TDA/H diminueront suite à des changements aux habitudes de vie tels qu'un meilleur régime alimentaire et de l'exercice physique.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9 Il est souhaitable qu'on utilise une discipline plus stricte auprès des personnes qui ont un diagnostic de TDA/H.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10 Les interventions de nature médicale sont souhaitables pour aider les personnes qui souffrent du TDA/H.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

ID : _____

	Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord
11 Pour réellement aider les personnes qui souffrent de TDA/H, il faudrait que la société change et qu'elle accorde une place véritable aux individus qui ont des caractéristiques différentes de celles valorisées par les normes sociales.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12 Ce qu'on appelle « TDA/H » est souvent une réponse aux conditions sociales et aux exigences de la famille et du milieu scolaire.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13 Le TDA/H est une réponse aux irritants et aux toxines présents dans l'environnement et dans certains aliments (ex.: le plomb, le bruit et la pollution).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14 Les individus à qui on attribue un TDA/H sont en fait des personnes qui manquent de discipline et de force de caractère.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15 Nous devrions nous fier à la science, à travers la recherche médicale et la pratique clinique, pour encadrer notre compréhension et le traitement du TDA/H.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16 Les différences individuelles associées au TDA/H ne devraient pas être considérées comme un « trouble » car elles représentent tout simplement un tempérament ou un style cognitif différents ou une personnalité hautement créative.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17 Changer les exigences à l'intérieur de la famille et du milieu scolaire est souhaitable pour réduire les conséquences du TDA/H.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18 C'est par des procédés naturels qu'il est désirable que le TDA/H soit traité. Par exemple, par une modification de la diète, une exposition limitée aux toxines, des vitamines, du yoga, de l'exercice physique ou d'autres traitements non-médicaux.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19 Les difficultés rencontrées par les personnes qui ont un diagnostic de TDA/H proviennent d'une condition médicale sérieuse.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20 Le concept de TDA/H est utilisé pour exclure des individus affichant des caractéristiques qui ne sont pas valorisées par certaines sociétés ou à l'intérieur de certaines situations sociales.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
21 Le TDA/H décrit des comportements qui sont causés par des habitudes de vie qui ne sont pas saines comme une mauvaise alimentation, la passivité ou un abus d'émissions de télévision et de jeux vidéo stressants.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
22 Dans le contexte actuel, la médication est sur-utilisée auprès des élèves des écoles primaires et secondaires qui présentent des symptômes du TDA/H.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Appendice C

Lettre d'information

OBJET : Invitation à participer à un projet de recherche.

Bonjour,

Vous vous êtes inscrits dernièrement à une formation sur le trouble de déficit d'attention/hyperactivité qui sera offerte dans votre milieu prochainement. Ce programme de formation a pour but d'améliorer les services offerts aux enfants présentant un TDAH ainsi que la concertation entre les intervenants des milieux scolaires et de la santé et des services sociaux. Il s'inscrit dans la mise en place du plan d'action québécois concernant la problématique du TDAH, soit la formation des intervenants psychosociaux des milieux scolaires et des milieux de la santé et des services sociaux ainsi que celle des enseignants. Un projet de recherche est actuellement en cours afin évaluer l'impact d'un programme de formation sur la problématique des enfants présentant un TDAH auprès d'intervenants psychosociaux (psychoéducateurs, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières scolaires, etc.). Nous désirons mesurer les changements quant aux connaissances et aux croyances par rapport au TDAH, aux pratiques utilisées ou perçues comme désirables et faisables, ainsi que leurs perceptions de l'utilité de la formation reçue et des progrès réalisés à la suite de cette intervention. Ce projet est sous la responsabilité du professeure Line Massé du Département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières, du professeure Caroline Couture du Département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke et du professeure Catherine Lanaris du Département des sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Hull. Nous sollicitons votre collaboration pour participer à ce projet de recherche.

Note sur la non obligation de participer au projet de recherche

Avant d'aller plus loin, nous aimerions vous signaler que vous êtes tout à fait libres de participer ou non à la recherche. Si vous décidez de ne pas participer, vous pourrez participer à la formation. Si vous décidez de participer, vous serez également libre de vous retirer en tout temps de la recherche si vous en sentez le besoin. Nous tenons à vous assurer que les données recueillies resteront confidentielles et qu'en aucun moment elles ne pourront être utilisées à des fins autres que celles de l'étude, à moins d'une demande explicite de votre part. On attribuera un code à chaque participant et ce code l'identifiera pour l'ensemble des données. Les informations obtenues ne seront également identifiées que par ce code. Les dossiers qui renferment les données nominatives seront mis sous clé. Seul le chercheur responsable de l'étude ou encore une personne officiellement déléguée pourra décoder ces numéros et avoir accès aux données nominatives. La communication des résultats de la recherche, que ce soit dans le rapport écrit ou verbal, portera sur des tendances de groupes (par exemple, des moyennes) et en aucun moment ne portera sur des intervenants ou des milieux en particulier.

Appendice D

Formulaire de consentement

Programme de formation sur la problématique du trouble de déficit d'attention/ hyperactivité à l'intention d'intervenants psychosociaux et d'enseignants : impact différentiel de deux modalités de traitement

DESCRIPTION DU PROJET

Ce projet vise à évaluer l'impact d'un programme de formation sur la problématique des enfants présentant un TDAH auprès d'intervenants psychosociaux (psychoéducateurs, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières scolaires, etc.). Ce programme de formation a pour but d'améliorer les services offerts aux enfants présentant un TDAH ainsi que la concertation entre les intervenants des milieux scolaires et de la santé et des services sociaux. Il s'inscrit dans la mise en place du plan d'action québécois concernant la problématique du TDAH, soit la formation des intervenants psychosociaux des milieux scolaires et des milieux de la santé et des services sociaux ainsi que celle des enseignants. Nous désirons mesurer les changements quant aux connaissances et aux croyances par rapport au TDAH, aux pratiques utilisées ou perçues comme désirables et faisables, ainsi que leurs perceptions de l'utilité de la formation reçue et des progrès réalisés à la suite de cette intervention. Ce projet est sous la responsabilité du professeure Line Massé du Département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières, du professeure Caroline Couture du Département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke et du professeure Catherine Lanaris du Département des sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Hull.

DÉROULEMENT DU PROJET

En tant que participants à la recherche, vous devrez compléter une série de questionnaires avant (pré-tests) et au moins 2 mois après la deuxième journée de formation (post-tests). La passation des questionnaires pré-tests durera environ 30 minutes et celle des post-tests environ 40 minutes. Cette complétion pourra se faire sur le temps de travail.

BÉNÉFICES

Nous pensons que votre participation à cette recherche vous permettra 1) d'alimenter votre réflexion sur la problématique des enfants qui présentent un TDAH avec ou sans problèmes associés, et 2) obtenir des informations et du matériel pouvant être réutilisés ultérieurement. Aussi, les données recueillies pourraient permettre une meilleure compréhension des facteurs favorables au traitement des problèmes associés au TDAH et éventuellement, l'adoption de stratégies d'intervention mieux adaptées à l'enfant et à son entourage (i.e., enseignant, parent, intervenant) par les milieux de la santé et de l'éducation.

RISQUES

Nous n'anticipons aucun risque à votre participation.

CONFIDENTIALITÉ

- Toute l'information obtenue dans le cadre de cette étude demeurera confidentielle et sera conservée à l'Université du Québec à Trois-Rivières pour une durée de trois (3) ans après la fin du projet de recherche. Après cette période, les informations seront détruites.